VII kadencja

SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 21)**

z dnia 13 maja 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 21)

13 maja 2015 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO),** przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– informacja Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia na temat rozwiązań opiekuńczych i leczniczych dostosowanych do potrzeb osób starszych oraz dostępności usług ochrony zdrowia;

– informacja prezesa Najwyższej Izby Kontroli na temat opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym;

– rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli na 2016 rok.

W posiedzeniu udział wzięli: **Beata Małecka-Libera** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Marcińska** podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Kwiatkowski** prezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, **Tomasz Grodzicki** dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, **Marek Szpunar** prezes Fundacji dla Uniwersytetu Jagiellońskiego, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera wraz ze współpracownikami, **Janusz Piłatowicz** zastępca dyrektora Centrum Alzheimera w Warszawie wraz ze współpracownikami, **Piotr Bednarski** dyrektor Instytutu Reumatologii w Warszawie, **Paweł Ziomka** ordynator Oddziału Psychiatrii w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, **Monika Przygucka-Gawlik** dyrektor generalny Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wraz ze współpracownikami, **Grażyna Rogala-Pawelczyk** prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów wraz ze współpracownikami, **Urszula Michalska** prezes Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Lewkowicz** prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku, **Aurelia Ostrowska** ze Społecznej Akademii Nauk, **Zenon Wasilewski** ekspert ds. prawa medycznego w Business Centre Club, **Bolesław Meluch** członek Rady Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej wraz ze współpracownikami, **Jolanta Sobczak** dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, **Bogusława Biedrzycka** dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej Warszawa-Wola, **Anna Korczak** wiceprezes Zespołu Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej REKOL-MED wraz ze współpracownikami, **Edyta Długosz-Mazur** dyrektor Rady Seniorów Miasta Lublin**, Sławomir Opaliński** zastępca dyrektora Caritas Archidiecezji Warszawskiej, **Aleksander Kubacki** członek Zarządu Głównego i **Artur Malinowski** przewodniczący Komisji Socjalno-Zdrowotnej Związku Żołnierzy Wojska Polskiego, **Zbigniew Ogonowski** dyrektor Centrum Usług Socjalnych i Szkolenia Kadr Pomocy Społecznej „Ośrodek Nowolipie", **Jarosław Szczepański** prezes SJ Consulting wraz ze współpracownikami**, Wiesław Szczypa** przewodniczący Puławskiej Rady Seniorów, **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Poznań, **Joanna Chaberska** kierownik Zespołu Pielęgniarek Domu Pomocy Społecznej w Warszawie, **Aneta Górna** radca prawny w Zespole ds. Zdrowia, Warunków Pracy i Niepełnosprawnych Wydziału Polityki Społecznej, Rynku Pracy, Ubezpieczeń i Zdrowia OPZZ, **Michał Herde** prawnik Federacji Konsumentów, **Małgorzata Druś** dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Warszawie, **Maria Surawska** wiceprezes Zarządu Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Wesołej (Warszawa), **Andrzej Blus** sekretarz Zarządu Towarzystwa Uniwersytetów Trze-

ciego Wieku w Ursusie (Warszawa), **Liliana Gałązka** skarbnik Zarządu Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku Woli i Bemowa w Warszawie, **Grażyna Andziak-Ziemińska**, **Ewa Kozdroń, Stefan Jarecki** i **Antoni Nowocin** słuchacze Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz **prof. dr hab. Bolesław Samoliński** stały doradca Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Jakub Krowiranda** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Bardzo proszę o zajmowanie miejsc, za chwilkę zaczniemy. Szanowni państwo, chciałbym bardzo serdecznie wszystkich państwa przywitać na 21. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Witam wszystkich zaproszonych gości. Otrzymali państwo zawiadomienie o posiedzeniu. Zadaję pytanie – czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma, w związku z tym stwierdzam przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Szanowni państwo, przystąpimy do realizacji porządku dziennego. Mamy dzisiaj trzy punkty. Pierwszy punkt – informacja Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia na temat rozwiązań opiekuńczych i leczniczych dostosowanych do potrzeb osób starszych oraz dostępności usług ochrony zdrowia; drugi – informacja prezesa Najwyższej Izby Kontroli na temat opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym; trzeci punkt – rozpatrzenie propozycji tematów kontroli do planu pracy Najwyższej Izby Kontroli.

Chciałbym bardzo serdecznie przywitać wszystkich gości, a w szczególności przedstawicieli rządu, panią Beatę Małecką-Liberę, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, panią Małgorzatę Marcińską, podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej oraz pana dr. Jacka Uczkiewicza, zastępcę prezesa Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami. Dzisiaj mamy dość szeroką reprezentację gości, uczestników spotkania, jest z nami także pani Monika Przygócka-Gawlik dyrektor generalny Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ale też bardzo serdecznie witam w naszym gronie panią Grażynę Rogalę-Pawelczyk, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, chyba po raz pierwszy na posiedzeniu naszej Komisji, wraz ze współpracowniczkami. Oczywiście, witam panią profesor Katarzynę Wieczorowską-Tobis, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii oraz jej poprzednika, pana prof. Tomasza Grodzickiego. Także bardzo serdecznie witam przedstawicielstwo osób starszych, w tym panią prezes Elżbietę Ostrowską, przewodniczącą Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, panią Krystynę Lewkowicz, prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz wszystkich innych przedstawicieli instytucji związanych z samorządem terytorialnym, organizacjami senioralnymi, z pomocą społeczną oraz opieką medyczną.

Szanowni państwo, temat, który dzisiaj zdecydowaliśmy się podjąć, jest niezwykłej wagi. Po pierwsze, dlatego, że rząd zdefiniował w tych „Długofalowych założeniach polityki senioralnej" tę właśnie politykę senioralną jako tworzenie warunków dla aktywnego, zdrowego i godnego starzenia się i rozwiązania opiekuńcze oraz dostępność usług ochrony zdrowia. Jest to kwestia podstawowa, jeśli chodzi o warunki, o których mówimy. W związku z tym chcielibyśmy, aby te działania, które są realizowane przez ministerstwo pracy, ministerstwo zdrowia i inne instytucje rządowe i samorządowe, przybrały przede wszystkim charakter spójnych działań, skoordynowanych, ukierunkowanych na realizację określonych priorytetów. To wyzwanie zakłada również współpracę kilku resortów i chcielibyśmy jako Komisja w ten proces się włączyć, mając pełną świadomość, że podstawową kwestią dla realizacji praw osób starszych, zachowania ich aktywności jest odpowiednia ochrona zdrowia oraz odpowiednia opieka.

Mamy też absolutną świadomość tego, że perspektywa podwojenia liczby osób starszych w społeczeństwie, zwłaszcza przyrost osób po 75. roku życia w sposób naturalny zwiększa potrzeby zdrowotne, rehabilitacyjne i opiekuńcze całej naszej populacji. Interesują nas także w tym zakresie prace związane z ustawą o zdrowiu publicznym, które wydają się kluczowe dla zdrowego i aktywnego starzenia się. Tam jednak, gdzie pojawia się choroba, tam ważną specjalizacją medyczną jest geriatria skupiona na opiece zdro-

wotnej nad ludźmi w wieku podeszłym i jest ona rzeczą, o której także chcielibyśmy rozmawiać jako o specjalizacji mającej służyć osobom najstarszym, najbardziej wielonarządowo schorowanym, często niepełnosprawnym pod względem fizycznym, emocjonalnym czy też poznawczym i wobec tej grupy osób starszych należy stosować interdyscyplinarne i całościowe podejście geriatryczne.

Ale pamiętajmy oczywiście i o tym, że geriatria nie stanowi form opieki długoterminowej, dlatego rozwój usług opiekuńczych jest bardzo ważny. W mojej opinii, potrzebny jest swoisty audyt działań dotyczących świadczeń usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych w naszym kraju. Pamiętajmy także o obciążeniach rodziny. Rozmawiając o polityce rodzinnej, pamiętajmy, że dla setek tysięcy polskich rodzin codziennym trudem jest opieka nad sędziwym, niedołężnym członkiem rodziny i właściwe rozwiązanie tego problemu pozwoliłoby osobom starszym na pozostanie w rodzinie, w swoim mieszkaniu i samodzielne oraz godne osiąganie zaawansowanego wieku. Zawsze też przywołuję badania PolSeniora, prof. Błędowskiego i jego grupy, które mówią, że potrzeba osób w wieku podeszłym jednak pozostania w domu rodzinnym wybija się w tych badaniach na pierwszy plan.

Szanowni państwo, to może tyle, jeśli chodzi o krótkie wprowadzenie do tematu. Zaczęlibyśmy od ministra pracy i polityki społecznej, którego reprezentuje dzisiaj pani Małgorzata Marcińska. Pani minister, bardzo serdecznie proszę o zabranie głosu. Jest możliwość zabrania głosu z miejsca albo też z mównicy w zależności od preferencji pani minister. Bardzo proszę o zabranie głosu.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Małgorzata Marcińska:

Bardzo serdecznie dziękuję, szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo. Pozostanę na swoim miejscu, jeśli mogę. Szanowni państwo, dokładne informacje zostały przesłane w piśmie do pana przewodniczącego, gdzie są bardzo szczegółowo wymienione wszystkie działania, które realizujemy. Zaczęłabym od tego, o czym powiedział już pan przewodniczący – chodzi o bardzo ważne cele działań dotyczących właśnie usług opiekuńczych, medycznych, które zostały zapisane w „Założeniach długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020”, przyjętych przez Radę Ministrów w grudniu…

Głos z sali:

Nic nie słyszymy.

Podsekretarz stanu w MPiPS Małgorzata Marcińska:

Przepraszam, spróbuję jeszcze przybliżyć mikrofon. „Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020” zostały przyjęte przez Radę Ministrów w grudniu 2013 r. W obszarze „Zdrowie i samodzielność” zapisaliśmy stworzenie systemowych rozwiązań pozwalających na rozwój usług medycznych dla osób starszych oraz promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, a także rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych. Definiujemy, iż celem głównym polityki senioralnej w obszarze aktywności obywatelskiej jest zwiększenie zaangażowania osób starszych w życie społeczności lokalnych i sprawy kraju oraz wzrost roli obywateli seniorów w rozwiązywaniu problemów społecznych. W „Założeniach długofalowej polityki senioralnej” zdefiniowaliśmy cele jako ogół działań w okresie całego życia człowieka, które prowadzą do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności tak zawodowej, jak i społecznej oraz samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych. Jest to oczywiście dokument ramowy, który stanowi jednocześnie konkretny zestaw działań niezbędnych w obszarze polityki senioralnej i jest skierowany do szerokiego grona odbiorców. Celem polityki senioralnej jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwość prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.

Oprócz tego dokumentu także w grudniu 2013 r. Rada Ministrów przyjęła drugą edycję rządowego „Programu na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2014-2020” , czyli program ASOS. Program, można powiedzieć, jest przedsięwzięciem kompleksowym, który uwzględnia obszary i kierunki wsparcia umożliwiające osiągnięcie celu głównego, jakim jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. W ramach ASOS realizujemy cztery kompo-

nenty konkursowe i wśród nich jest priorytet czwarty, który dotyczy usług społecznych dla osób starszych, przez które rozumiemy oprócz szkoleń wolontariuszy i opiekunów z zakresu pomocy osobom starszym także wspieranie różnych form pomocy, wspieranie rodzin w opiece nad osobą starszą dotkniętą różnego rodzaju schorzeniami i rozszerzenie dostępności do usług społecznych, m.in. opiekuńczych, kulturalnych, edukacyjnych, poradniczo-doradczych, sportowych i turystycznych. Działania realizowane w ramach ASOS właśnie mają charakter profilaktyczny, pozwalający na zachowanie dobrej kondycji psychofizycznej w starszym wieku. W tym roku już, jak wiemy, rozstrzygnęliśmy tegoroczną edycję ASOS. Na całość tego programu przewidujemy do 2020 r. 300 280 tys. zł.

Oprócz tego 17 marca 2015 r. Rada Ministrów przyjęła wieloletni program „Senior -WIGOR" na lata 2015-2020. Zakłada on tworzenie dziennych domów „Senior Wigor", jak również wsparcie ich funkcjonowania przez partycypację w bieżących kosztach funkcjonowania tych placówek. Głównym celem tego programu jest poprawa jakości życia osób starszych poprzez umożliwienie im korzystania z oferty opiekuńczej, aktywizującej, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej oraz aktywności ruchowej i kinezyterapii. Jak wiemy, głównymi beneficjentami programu będą jednostki samorządu terytorialnego, które mogą realizować program „Senior-WIGOR" same lub zlecając zadania „endżiosom" (NGO – *Non Government Organization* – organizacje pozarządowe), jak również może to być formuła właśnie z „endżiosami". Do zakresu usług oferowanych przez dzienne domy „Senior Wigor" należą m.in. opieka pracownika oraz fizjoterapeuty lub pielęgniarki, lub ratownika medycznego w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb oraz preferencji placówki. Będą to także zajęcia edukacyjne, aktywność ruchowa, terapia zajęciowa. Osoby przebywające w naszych placówkach będą otrzymywały posiłek.

Wiele działań, o których dzisiaj będziemy dyskutować, jest przewidzianych również w ramach programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich. W tym programie na lata 2014-2020 są przewidziane właśnie tego typu działania, a celem programu jest zwiększenie zaangażowania obywateli i organizacji pozarządowych w życie publiczne. Tegoroczna edycja FIO także została już rozstrzygnięta. W ramach programu funkcjonuje priorytet 2. Aktywne społeczeństwo, kierunek działania 5, jest on określony jako „wspieranie aktywnych form integracji społecznej" i są w nim realizowane działania nakierowane na wspieranie osób starszych, podmiotowość społeczną osób starszych w środowisku lokalnym oraz integrację i solidarność międzypokoleniową.

W naszej informacji kierowanej do Wysokiej Komisji przedstawiliśmy także programy realizowane przez Departament Pomocy Integracji Społecznej naszego ministerstwa, z których mogą korzystać również osoby starsze. Mam na myśli wieloletni program rządowy pomoc państwa w zakresie dożywiania na lata 2014-2020 program operacyjny „Pomoc żywnościowa", „Krajowy program przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020" i program „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi". Warto także powiedzieć o tym, że w najnowszej perspektywie finansowej w ramach programu operacyjnego „Wiedza, edukacja, rozwój" w konkursach centralnych będziemy realizować projekty, które skupiają się wokół celu drugiego. Jest to cel określony jako „Standaryzacja jakości usług asystenckich i opiekuńczych dla osób o różnym stopniu niesamodzielności" i w tych ramach podejmowane będą działania, których celem jest m.in. wypracowanie, przetestowanie i wdrożenie, a także upowszechnienie standardów usług, łącznie z weryfikacją standardów kształcenia kadr usług asystenckich i opiekuńczych na rzecz osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności, opracowanie standardów kształcenia w usługach asystenckich i opiekuńczych świadczonych na rzecz osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności w ich miejscu zamieszkania oraz wypracowanie i przetestowanie modelowych rozwiązań w zakresie sprawowania opieki, wspierających aktywność zawodową i ograniczających ubóstwo.

Pragnę także dodać, że świadomi tego, iż w ramach reformy pomocy społecznej, którą przewidzieliśmy w przygotowanym projekcie nowelizacji ustawy o pomocy społecznej, z uwagi na proces postępującego starzenia się społeczeństwa należy przewidzieć właśnie działania skierowane do osób starszych, których zakres zostanie zwiększony. Takie działania zostały wpisane w przygotowaną nowelizację ustawy o pomocy społecznej. Projekt jest już gotowy i jest w fazie uzgodnień z Ministerstwem Finansów

Dokładne informacje, tak jak mówiłam, przedstawiliśmy w materiałach przesłanych do pana przewodniczącego i Wysokiej Komisji. Ale oczywiście odpowiemy na pytania. Serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani minister za to wprowadzenie do tematu. Oczywiście będą pytania ze strony państwa posłów i zaproszonych gości także w obszarze usług, rozwiązań opiekuńczych i leczniczych. Jeżeli państwo pozwolą, teraz przeszlibyśmy do informacji ministra zdrowia na temat rozwiązań leczniczych dostosowanych do potrzeb osób starszych oraz dostępności do usług ochrony zdrowia. O głos poproszę panią minister Beatę Małecką-Liberę. Bardzo proszę, pani minister.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowna Komisjo, mam przyjemność przedstawić działania, które są podejmowane w MZ na rzecz osób starszych w obszarze opieki zdrowotnej. Chciałabym na wstępie zaznaczyć, że moja wypowiedź będzie dotyczyła głównie tych rzeczy i tych projektów, które już w tej chwili są realizowane czy też będą w trakcie najbliższej realizacji. Po zakończeniu swojej wypowiedzi oczywiście także będę do państwa dyspozycji, odpowiem na szereg różnych pytań. Pozwolę sobie też powiedzieć kilka zdań na temat Narodowego Programu Zdrowia, w którym obszar dedykowany problematyce osób starszych jest jednym z priorytetów .

Szanowni państwo, obszar, który dotyczy ochrony zdrowia osób starszych, jest niewątpliwie jednym z priorytetów, które w tej chwili uwzględnia w swojej strategii minister zdrowia. To wynika przede wszystkim z jego kompetencji. Podejmowane są działania głównie mające na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale także działania w celu podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podstawowym celem jest przede wszystkim zachowanie zdrowia i samodzielności osób starszych, a także wydłużenie życia w jak najdłuższym okresie dobrego stanu zdrowia.

Jeżeli chodzi o finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, realizowane są „Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020" Zdrowie i samodzielność, a także priorytet pt. „Stworzenie systemowych rozwiązań", które pozwalają na rozwój usług medycznych dla osób starszych. Minister zdrowia zobowiązał świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń w trybie hospitalizacji planowej, do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym i położniczo-ginekologicznym. To rozporządzenie obowiązuje od stycznia 2015 r. i, tak jak powiedziałam, obliguje ono świadczeniodawców do przestrzegania tego rozporządzenia, które ma na celu przede wszystkim prawidłowe zapewnienie opieki geriatrycznej pacjentom. Założono, że procedura realizowana w ten sposób będzie przeprowadzona w szpitalu niezależnie od faktu posiadania w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego oddziału szpitalnego o profilu geriatria, przy czym procedura oceny geriatrycznej powinna uwzględniać specyfikę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzono okres dostosowawczy opracowania tej procedury i wprowadzenie jej do dnia 30 czerwca 2016 r. Ale chcę podkreślić, że jest to aktualnie już realizowane i przez wiele podmiotów analizowane, w jaki sposób dojdzie do wdrożenia tego rozporządzenia i tej procedury.

W roku 2012 wprowadzono Całościową Ocenę Geriatryczną, która umożliwia ocenę stanu zdrowia osób w wieku starszym i obecnie trwają prace, które mają wprowadzić tego typu produkt w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Taka ocena będzie możliwa w poradni geriatrycznej, jak również trwają w tej chwili symulacje i prace, w jaki sposób rozszerzyć ten zakres poza poradnie geriatryczne. Całościowa Ocena Geriatryczna to wielowymiarowa i interdyscyplinarna ocena przeprowadzona przez geriatrę, pielęgniarkę i fizjoterapeutę, która przede wszystkim jest procesem diagnostycznym i w sposób znaczący poprawia następny proces związany z leczeniem i rehabilitacją pacjenta.

Jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń zdrowotnych szczególnie adresowanych do osób starszych, to, po pierwsze, chciałabym powiedzieć, że w naszym kraju obecnie funkcjonują poradnie geriatryczne i oddziały geriatryczne. Od razu uprzedzę tutaj pyta-

nie, bo mamy świadomość, że poradni jest w tej chwili za mało, ale proces jest naprawdę bardzo intensywnie rozszerzany i już widzimy, że w ostatnim okresie, jak również w najbliższym czasie, liczba tych poradni będzie regularnie wzrastać. Te poradnie są finansowe przez NFZ, udzielane są w nich świadczenia zdrowotne pod postacią ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Jeżeli chodzi o liczbę pacjentów, którzy korzystali z tego typu porad, to w roku 2012 było ich 806, a w roku 2014 były już 16 144 osoby. Podobnie wygląda sytuacja w zakresie lecznictwa szpitalnego, gdzie średnia liczba pacjentów, którym udzielane są świadczenia, w ciągu roku wynosi około 19 tys. pacjentów. W chwili obecnej, tak jak mówiłam, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w której realizowane są właśnie tego typu świadczenia, wynosi 79 poradni, w roku 2014 nastąpił wzrost liczby świadczeniodawców o sześć w porównaniu do 2013 r. Mam świadomość, że nie jest to zadowalająca liczba, ale jednak sukcesywnie z roku na rok wzrasta. W lecznictwie szpitalnym mamy 47 oddziałów szpitalnych, nastąpił również wzrost w 2014 roku o 9 podmiotów leczniczych.

Wartość zawartych w 2015 r. umów z NFZ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wynosi 3788 tys. zł i jest wyższa od poprzedniego kontraktu o 600 tys. zł. Analogicznie wygląda sytuacja w leczeniu szpitalnym, gdzie w roku 2015nastąpił wzrost finansowania o ponad 10 mln zł w porównaniu do roku 2014.

Liczba osób oczekujących do poradni geriatrycznych w listopadzie 2014 r. wynosiła 602 osoby. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie specjalistyczne to około 22 dni. Na świadczenie w ramach leczenia szpitalnego na oddziale geriatrycznym w listopadzie 2014 r. oczekiwało ponad 1200 pacjentów, z czego w kategorii medycznej przypadek pilny były 172 osoby, a 1048 jako przypadek stabilny. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie na oddział szpitalny wynosi 5 dni w przypadku pilnym i 30 dni w przypadku pacjentów w stanie stabilnym. Jednocześnie należy podkreślić, że w katalogu grup w rodzaju leczenie szpitalne nie ma grup kierowanych do realizacji wyłącznie z zakresu geriatrii. Leczenie pacjentów w wieku podeszłym odbywa się również w innych niż geriatria zakresach i grupy te są możliwe również do realizacji np. łącznie z zakresem chorób wewnętrznych.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W zakresie świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej pacjenci w wieku 65 lat i wyżej stanowią około 83 proc. ogólnej liczby świadczeniobiorców korzystających z tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. W 2014 r. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zrealizowane zostały dla ponad 105 tys. pacjentów, w tym ponad 87 tys. to osoby starsze. Ponadto w 2014 r. nastąpił wzrost finansowania tego rodzaju świadczeń o ponad 21 mln zł w porównaniu do roku 2013.

Rehabilitacja lecznicza to kolejny element, który jest również kontraktowany przez NFZ. W 2014 r. pacjenci w wieku powyżej 65. roku życia stanowili ponad 30 proc., tj. około 1,6 mln osób ogólnej liczby pacjentów, którym udzielone zostały tego rodzaju świadczenia . W niektórych zakresach rehabilitacji leczniczej, jak np. fizjoterapii domowej – 65 proc. pacjentów to pacjenci powyżej 65. roku życia, rehabilitacji neurologicznej – 50 proc., rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych 48 proc. pacjentów to osoby powyżej 65. roku życia.

Kształcenie w dziedzinie geriatrii, o której ostatnio mówi się coraz więcej z tego względu, że i zainteresowanie osobami starszymi zdecydowanie w ostatnim czasie się zwiększyło. Rzeczywiście, tutaj występuje problem i jasno chcę powiedzieć, że nie jesteśmy w stanie z roku na rok spowodować takiego wzrostu, ażeby zapewnić wszystkim osobom potrzebującym dostęp do porady geriatrycznej z tego względu, że dotychczas liczba lekarzy, którzy mieli specjalizację z zakresu geriatrii, była rzeczywiście niska i potrzeba nam pewnego czasu, żeby tych lekarzy wykształcić. Jasno chcę powiedzieć, że ze względu na zmiany w szkoleniu lekarzy w systemie specjalizacji polegające na wprowadzeniu tzw. systemu modułowego, droga do specjalizacji skróciła się i w przypadku specjalisty w dziedzinie geriatrii jest krótsza konkretnie o dwa lata. Ten nowy system umożliwia także przyznawanie rezydentur w dziedzinach, które dotychczas były dziedzinami szczegółowymi, a, jak wyżej wskazano, należy do nich również specjalizacja w geriatrii. Ponadto

specjalizacja w zakresie geriatrii jest umieszczona przez ministra zdrowia w wykazie dziedzin priorytetowych, co powinno skłonić lekarzy do większego zainteresowania i podejmowania tego typu specjalizacji, tym bardziej że istnieje jednak system motywacyjny, który umożliwia ustalenie wyższego wynagrodzenia niż w wypadku innych lekarzy. O tym, że jest tworzony Narodowy Instytut Geriatrii na bazie Instytutu Reumatologii, to myślę, że akurat w tej Komisji wszyscy państwo doskonale wiedzą, bo on był chyba nawet przedmiotem jednego z posiedzeń Komisji, a więc na ten temat nie będę mówiła.

Chcę jeszcze powiedzieć kilka słów na temat wsparcia systemu kształcenia również w zakresie kadr pielęgniarskich i także lekarskich, który jest możliwy również dzięki projektowi „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej", który jest realizowany zarówno przez ministra zdrowia, jak również Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Celem tego projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym, przede wszystkim przez podniesienie kompetencji poprzez szkolenie kadr medycznych właśnie w zakresie opieki geriatrycznej. W ramach projektu planuje się przeszkolić 1600 lekarzy POZ, 4000 pielęgniarek i 2300 fizjoterapeutów, którzy zdecydowanie będą mogli wzmocnić udzielanie porad geriatrycznych w zakresie przede wszystkim ambulatoryjnym i lekarza rodzinnego.

Jest również realizowany systemowy projekt pt. „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych" będący następstwem starzejącego się społeczeństwa. Wykonuje go Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Celem tego programu jest również poprawa jakości opieki pielęgniarskiej nad osobami starszymi. Osoby, które ukończą ten kurs specjalizacyjny, zdobywają takie umiejętności, które pozwalają na ocenę a także na opiekę nad osobami starszymi.

Chcę również wspomnieć, że w tej chwili w Ministerstwie Zdrowia trwają prace związane z wdrożeniem pilotażowego projektu realizowanego w ramach programu operacyjnego „Wiedza, edukacja i rozwój" dotyczącego wsparcia deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój innych, alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi. W ramach tego programu planowane jest utworzenie dziennych domów opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi, powyżej 65. roku życia, w których będzie prowadzona krótkotrwała diagnostyka i leczenie pacjentów w starszym wieku bez konieczności całodobowej hospitalizacji. To rozwiązanie stanowi integralną część całościowej opieki geriatrycznej i jest elementem uzupełniającym i pośrednim między stacjonarnym oddziałem czy też leczeniem na oddziale chorób wewnętrznych, a ambulatoryjną opieką specjalistyczną.

Istnieje również możliwość wsparcia w regionalnych programach operacyjnych projektów, które mają na celu przeprowadzenie różnego rodzaju prac remontowo-budowlanych i dosprzętowienie związane z oddziałami geriatrycznymi, to są pieniądze, które mogą być przeznaczone wyłącznie na modernizację i tworzenie oddziałów geriatrycznych w szpitalach ponadregionalnych.

Warto również wspomnieć o nowych technologiach i rozwoju telemedycyny, co będzie dużym wsparciem w opiece osób starszych i pozwoli w znacznym stopniu odciążyć system opieki zdrowotnej. Takie świadczenie usług medycznych na odległość jest już coraz częściej stosowane i będzie również wdrażane w najbliższym czasie w naszym kraju. Dotychczas tego rodzaju rozwiązania teleinformacyjne nie były stosowane na szeroką skalę nie tylko ze względu na wysokie koszty obsługi, ale przede wszystkim na brak rozwiązań prawnych. Teraz chcę stwierdzić, że trwają już konsultacje nad nowelizacją ustawy o systemie informacji i ochronie zdrowia, a także innych aktów prawnych, dzięki którym będzie możliwe wprowadzenie w ramach świadczeń gwarantowanych innowacyjnych metod diagnostyki i leczenia pacjentów właśnie przez zastosowanie tych nowych rozwiązań teleinformacyjnych.

Szanowni państwo, w skrócie przedstawiłam wszystkie działania, które są obecnie realizowane przez resort MZ w obszarze opieki zdrowotnej kierowanej głównie do osób starszych. Przed nami Narodowy Program Zdrowia, który, mam nadzieję, ujrzy światło dzienne od czerwca 2016 r. i jest to jeden z ważniejszych aktów, który będzie wprowadzała ustawa o zdrowiu publicznym. W tym Narodowym Programie Zdrowia jednym

z priorytetów jest właśnie szeroko pojęta opieka nad osobami starszymi, zarówno wsparcia społecznego, ale także opieka zdrowotna. W tej chwili pracujemy nad strategicznymi priorytetowymi wyzwaniami Narodowego Programu Zdrowia, który jest zbudowany przede wszystkim przez takie czynniki ryzyka, które z kolei generują rozwój chorób przewlekłych i niestety przedwczesne zgony. Głównym założeniem i głównym celem tego programu będzie wydłużenie życia, ale także poprawa jego jakości. W związku z tym cały program koncentruje się wokół tych czynników ryzyka, które odpowiadają za choroby metaboliczne. Będą one uznane za priorytetowe i wokół tych właśnie czynników będą skupione działania, całe programy profilaktyczne, edukacyjne i promocyjne, które mają na celu zmniejszenie liczby chorób przewlekłych, a także podniesienie komfortu zdrowia.

Mam nadzieję, że w najbliższym czasie państwo będą mieli możliwość obserwacji dalszych losów ustawy o zdrowiu publicznym, która jest w tej chwili już po wszystkich konsultacjach i mam nadzieję, że w najbliższym czasie odbędzie się dalszy proces legislacyjny. Ta ustawa również wprowadza Narodowy Program Zdrowia, który będzie przez pięć lat jednym ze strategicznych działań i tak jak powiedziałam, będzie to obszar kierowany do osób starszych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, pani minister, za te informacje w imieniu ministra zdrowia. Szanowni państwo, proponuję, abyśmy płynnie przeszli do integralnie związanego z wystąpieniem pani minister kolejnego punktu, którym jest informacja prezesa NIK na temat opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Chciałbym w tym miejscu przywitać bardzo serdecznie w naszym gronie pana Krzysztofa Kwiatkowskiego, prezesa NIK. Dziękujemy, panie prezesie, za obecność. Chciałem powiedzieć, że bardzo wysoko cenimy, ja cenię, myślę, że całe prezydium również, raporty NIK, które też są dla nas ważnymi rekomendacjami w działaniach Komisji Polityki Senioralnej. Dzisiaj także w kolejnym punkcie przedstawimy nasze propozycje do badań do planu kontroli na rok 2016. Cieszymy się, że demograficzne starzenie się społeczeństwa znalazło się wśród priorytetów działalności Izby i tym bardziej z dużym zaciekawieniem poprosilibyśmy pana prezesa o zabranie głosu i przedstawienie informacji na temat tej przeprowadzonej z inicjatywy własnej Izby kontroli. Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes Najwyższej Izby Kontroli Krzysztof Kwiatkowski:

Chciałem na początku gorąco podziękować panu przewodniczącemu i całemu prezydium za to, że możemy przedstawić informację o kontroli dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Jest pewnie ciekawe, że przedstawiamy wyniki tej kontroli w dzień po opublikowaniu niezwykle ciekawej analizy przez Komisję Europejską. Jeżeli państwo wejdą na stronę Komisji, znajdą tam właśnie analizę dotyczącą perspektyw demograficznych państw członkowski UE. W kontekście Polski analiza Komisji Europejskiej mówi o tym, że w roku 2050, według analiz właśnie instytucji europejskich, w Polsce 30 proc. społeczeństwa będzie w wieku emerytalnym i oczywiście mówimy już o wieku emerytalnym, który wynika z wcześniej przyjętych rozwiązań legislacyjnych przez parlament.

Chciałbym także bardzo mocno podkreślić, dziękując, że mogłem wysłuchać pani minister Małeckiej-Libery, że dostrzegamy wysiłki resortu w tym zakresie i całej oczywiście opieki medycznej. Ale w kontekście osób w wieku podeszłym w sposób szczególny zdajemy sobie także sprawę z tego, że pewne działania wymagają czasu, jak te dotyczące, np. szkolenia lekarzy. Wiemy także, że ten problem, skala jego rozwiązywania jest oczywiście zawsze skalą dostosowaną do możliwości finansowych, ogólnych problemów i potrzeb całego sektora opieki medycznej, co nie znaczy oczywiście, że nasze uwagi – bo za chwilę przedstawię raport – które są akurat w tym obszarze krytyczne, miałyby służyć czemukolwiek innemu niż chęci wsparcia resortu poprzez diagnozę zewnętrzną, żeby oczywiście jak najlepiej starać się rozwiązywać problemy właśnie opieki medycznej osób w wieku podeszłym.

Nasza kontrola w tym zakresie wskazuje, że system opieki medycznej nad pacjentami w wieku podeszłym jest, powiem eufemistycznie, niewspółmierny w stosunku do potrzeb

osób w tym wieku. Brakuje geriatrów, brakuje specjalistycznych poradni, oddziałów szpitalnych, jest ich zdecydowanie zbyt mało. Główną barierą, według naszej oceny, jest tutaj – mówimy o takiej barierze formalnej – metoda rozliczania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, która zakłada finansowanie tylko jednej choroby, choć ludzie starsi z reguły cierpią na kilka schorzeń jednocześnie.

Zdaję sobie sprawę i przepraszam, że tego nie zrobiłem tego na początku, że część informacji, którą przedstawię, wywoła na pewno ożywioną chęć dyskusji ze strony przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Jest ze mną pan prezes Jacek Uczkiewicz, jest pan dyrektor Piotr Wasilewski z departamentu zdrowia, jest pani doradczyni Maria Smereczyńska, osoby, które w sposób szczególny były zaangażowane w przeprowadzenie tej kontroli.

Z przeprowadzonej przez nas analizy wynika, że pacjent w podeszłym wieku, kompleksowo prowadzony przez geriatrę, funkcjonuje lepiej, a jego leczenie kosztuje mniej. I oczywiście diagnoza, o której także mówiła pani minister – polskie społeczeństwo się starzeje, osoby powyżej 65. roku życia stanowią dzisiaj prawie 15 proc. populacji. Według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego, w 2035 r. będą one stanowić ponad 23 proc.; o prognozach Komisji Europejskiej państwa już informowałem. Wszystkie prognozy wskazują dodatkowo na wyraźny wzrost liczby osób w tzw. późnej starości, czyli osób po 80. roku życia. Oczywiście, osoby starsze wymagają odpowiedniej opieki medycznej, dostosowanej do ich potrzeb i specyfiki schorzeń. Zwykle chorują na wiele chorób jednocześnie, co najmniej trzy, cztery i zażywają sporo lekarstw. Dlatego na świecie od kilkudziesięciu lat rozwija się geriatria jako specjalistyczna dziedzina medycyny, kompleksowo zajmująca się zdrowiem, chorobami i opieką nad osobami w wieku podeszłym. Geriatria kompleksowo łączy fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy starszych pacjentów, pozwalając całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego. Według tej analizy… W tej kontroli ściągaliśmy także poprzez nasze odpowiedniki dane porównawcze, jak ten problem jest rozwiązywany w innych państwach na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem oczywiście UE jako takiego punktu odniesienia najbardziej właściwego z polskiej perspektywy.

Na podstawie przeprowadzonej kontroli wskazujemy na brak powszechnych, kompleksowych, takich zestandaryzowanych procedur postępowania adresowanych do osób w wieku podeszłym. W polskim systemie opieki zdrowotnej starszy człowiek ze swoimi dolegliwościami w praktyce trafia w pierwszej kolejności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czyli tzw. POZ. Ten z reguły nie ma wystarczającego przygotowania w zakresie geriatrii – tej dziedziny medycyny nie ma w obowiązkowych programach kształcenia uczelni medycznych – i dlatego często traktuje starszego pacjenta jak innego pacjenta, np. w średnim wieku, wysyłając go do specjalisty. A że osoba starsza najczęściej cierpi na wiele chorób jednocześnie, wysyłana jest do wielu różnych specjalistów. Każdy z nich z kolei leczy pacjenta w swoim zakresie, często nie zwracając uwagi na inne, wcześniej zaordynowane leczenie. W związku z tym wskazujemy jako NIK, że istnieją, w naszej ocenie, skuteczniejsze, mniej uciążliwe i zarazem mniej kosztowne sposoby opieki nad pacjentami w wieku podeszłym.

Muszę także państwa uwrażliwić, że oczywiście nasza ocena w różnych obszarach jest uśredniona. To nie znaczy, że nie ma dobrych przykładów i dobrego podejścia. Mówimy tylko o tym, że pewien standard jako ten stan, który najczęściej obowiązuje, jest nie taki, jakbyśmy według naszej analizy i naszej kontroli rekomendowali jako najbardziej właściwy.

Jako NIK zestawiliśmy roczny koszt leczenia grupy pacjentów powyżej 60. roku życia, którzy byli hospitalizowani na oddziałach geriatrycznych, z kosztami leczenia porównywalnej grupy pacjentów na oddziałach chorób wewnętrznych. Prześledziliśmy historie pacjentów z dziesięciu najczęściej występującymi schorzeniami, czyli tzw. dziesięć najczęściej wykazywanych grup w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP) leczonych na oddziale geriatrii oraz historie porównywalnych grup pacjentów z tymi samymi chorobami, czyli tych samych grup JGP hospitalizowanych na oddziałach chorób wewnętrznych. Wyniki naszej analizy wskazują, że średni jednostkowy koszt wszystkich świadczeń udzielonych pacjentowi oddziału chorób wewnętrznych w ciągu roku, podkreślam,

w ciągu roku (za chwilę będę jeszcze tłumaczył metodologię naszego badania), czyli świadczeń udzielonych na oddziale oraz wszystkich pozostałych świadczeń udzielonych już po wyjściu ze szpitala (podkreślam jeszcze raz, że okresem badawczym objętym próbą był okres jednego roku), były o 1380 zł wyższe od kosztów leczenia porównywalnego pacjenta na oddziale geriatrycznym. Jeśli państwo będą mieli szczegółowe pytania dotyczące sposobu prowadzenia tego badania, moi współpracownicy oczywiście mogą bliżej to przedstawić. Wyższy był także roczny koszt leków przyjmowanych przez pacjentów, którzy byli hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych. I tak: w 2011 r. było to 12,6 %, w 2013 r. 10,6 %. Ktoś zada sobie pytanie, z czego to wynika, dlaczego?

Na oddziale chorób wewnętrznych leczy się jedną podstawową chorobę, na którą skarży się pacjent, także oczywiście pacjent w wieku podeszłym. A pacjent hospitalizowany na oddziale geriatrycznym przechodzi kompleksową, odpowiednią do swego stanu, wieku i schorzeń diagnostykę oraz terapię. Dzięki temu opuszcza oddział z lepiej dobranym celowym leczeniem, które jest nie tylko skuteczniejsze, ale, w naszej ocenie, mniej uciążliwe, chociażby dzięki ograniczeniu ilości zalecanych leków. W skrajnym ze sprawdzonych przez nas przypadków, z siedmiu dotychczasowych leków, np. lekarz geriatra ograniczył to leczenie do trzech. W ten sposób osoba starsza po wyjściu ze szpitala nie musi tak często korzystać z pomocy lekarzy w poradniach specjalistycznych czy wręcz wracać do szpitala. Takie kompleksowe postępowanie pozwala również efektywniej gospodarować funduszami przeznaczonymi na leczenie pacjentów powyżej 60. roku życia.

Jak to wygląda w układzie systemu, w którym obejmujemy osoby w wieku podeszłym opieką zdrowotną? Podstawą kompleksowego systemu opieki geriatrycznej jest odpowiednia liczba lekarzy tej specjalności. I tutaj na co zwracamy uwagę? W Polsce liczba geriatrów znacznie odbiega od średniej europejskiej. W połowie 2014 r. było ich 321, czyli średnio 0,8, czyli niecały jeden lekarz geriatra na 100 tys. mieszkańców. I oczywiście nie było dla nas zaskoczeniem, że ten współczynnik w takich państwach, jak Niemcy wynosi ponad 2, w Szwecji blisko 8. Ale porównywaliśmy oczywiście kraje podobne do naszego w sensie poziomu zamożności społeczeństwa i stanu PKB. I tak, w Czechach ten współczynnik – przypomnę, u nas 0,8 – w Czechach wynosi ponad 2, dokładnie 2,1, a na Słowacji ponad 3. Dodatkowo, z racji braku systemu i adekwatnego, według naszej oceny, finansowania geriatrii, nie wszyscy lekarze geriatrzy pracują w swojej specjalności. W 2013 r. – tutaj posługujemy się danymi Naczelnej Izby Lekarskiej – w ramach kontraktu z NFZ, świadczeń udzielało jedynie 160 geriatrów, czyli zaledwie połowa tych, których mamy.

Kolejna trudność to brak oddziałów geriatrycznych. Jak wynika z ustaleń kontroli, nieliczne istniejące łóżka geriatryczne są zwykle częścią oddziałów innych niż oddziały geriatryczne, np. są to oddziały internistyczne. Barierę w tworzeniu specjalistycznych oddziałów i poradni geriatrycznych stanowi sposób rozliczania świadczeń medycznych stosowany obecnie przez NFZ. Fundusz wykorzystuje bowiem tzw. system JGP, który zakłada finansowanie tylko jednej choroby czy procedury, z którą pacjent zgłasza się do leczenia. Do tej pory NFZ nie wyodrębnił JGP osób starszych, u których leczenia i jednocześnie finansowania wymaga kilka chorób równoległych. Zauważamy – to bym chciał bardzo mocno podkreślić – że NFZ przekazał to zadanie wyodrębnienia tych grup agencji, która ma to zrobić. W związku z tym opieka na osobami w wieku podeszłym, realizowana zgodnie z zasadami sztuki medycznej, prowadzi dzisiaj często do strat szpitali, a co za tym idzie, utrzymanie łóżek przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych, jest możliwe tylko przy innych oddziałach, bo tam ich koszt bilansuje się leczeniem pacjentów młodszych z pojedynczymi schorzeniami. Konsekwencją nieodpowiedniej liczby łóżek, oddziałów i lekarzy jest wyraźne zróżnicowanie dostępu do świadczeń geriatrycznych, w zależności od województwa. Geriatrów wszędzie jest za mało. Ale są miejsca, gdzie sytuacja wygląda szczególnie źle. Na przykład, w woj. warmińsko-mazurskim w czasie objętym kontrolą, to znaczy do połowy roku 2014, nie było ani jednego szpitalnego łóżka geriatrycznego i ani jednej poradni geriatrycznej. Na tym terenie również żaden lekarz geriatra, w okresie kontroli, podkreślam, nie przyjmował pacjentów w ramach umowy z NFZ. Z kolei w woj. zachodniopomorskim kontrakt z FNZ miał podpisany jeden geria-

tra. Najlepiej zorganizowana opieka geriatryczna jest w woj. śląskim, na którego terenie 42 lekarzy udzielało świadczeń w tym zakresie.

Zwracamy także uwagę, że minister zdrowia nie wprowadził – przepraszam, ale podkreślam to jeszcze raz, że nasze dane oczywiście są za okres prowadzenia kontroli – w formie rozporządzenia, czyli powszechnie obowiązującego prawa, standardów postępowania w opiece geriatrycznej, chociaż dokument w tym zakresie został już opracowany, oczywiście, jako projekt- propozycja, w 2007 r. przez powołany przez ministra Zespół ds. Gerontologii. Owe standardy na razie ukazały się jedynie w kwartalniku „Gerontologia Polska". W ocenie Izby, te standardy powinny stanowić podstawę dla tworzenia systemu opieki geriatrycznej. Pokazują one krok po kroku, jak należy zorganizować opiekę nad pacjentem w wieku podeszłym, począwszy od poradni geriatrycznej, poprzez oddział, po opiekę nad pacjentem już po wyjściu ze szpitala.

W standardach znajduje się także opis całościowej oceny geriatrycznej, który jest fundamentalną procedurą postępowania w geriatrii. Służy ona precyzyjnemu rozpoznaniu chorób, problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób w wieku podeszłym. Stosowanie całościowej oceny geriatrycznej pozwala skutecznie rozpoznać problemy, programować leczenie i postępowanie poprawiające sprawność fizyczną oraz umysłową pacjentów w wieku podeszłym. Umożliwia także korzystne dla pacjenta zmniejszenie ilości przyjmowanych leków i ograniczenie innych, dodatkowych świadczeń, np. ponownej hospitalizacji. Kontrola NIK wykazała, że mimo iż procedura całościowej oceny geriatrycznej została wprowadzona do leczenia szpitalnego na początku 2012 r., to nie jest ona powszechnie stosowana. Wykonano ją jedynie u 14,3 proc. pacjentów, dla których była przeznaczona. Wskazujemy, że dużą korzyścią byłoby, gdyby lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystywali przynajmniej jeden element całościowej oceny geriatrycznej, tzw. skalę VES-13, która w prosty sposób pozwala ustalić, który z pacjentów po 60. roku życia kwalifikuje się do objęcia opieką geriatryczną. Pomocnym i perspektywicznym rozwiązaniem, w naszej ocenie, powinny być także zajęcia specjalizacyjne dla studentów medycyny. Zwracamy tu uwagę, że wykłady z geriatrii dotychczas prowadzone były na uczelniach wyłącznie jako przedmiot fakultatywny, a zajęcia praktyczne w tej dziedzinie prowadziło tylko 5 spośród 11 uczelni medycznych.

Wnioski. Starzenie się społeczeństwa powoduje oczywiście wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń socjalnych. Stanowi także wyzwanie organizacyjne dla całego systemu opieki zdrowotnej. Wobec takiej sytuacji NIK wskazuje na naglącą potrzebę budowania skutecznego systemu opieki nad osobami w wieku podeszłym oraz sieci wsparcia dla ich rodzin. W naszej ocenie, szczególnie wobec prognoz zmian demograficznych, od których zacząłem tę informację, niezbędne jest wprowadzenie przez ministerstwo pełnego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku. Kontrola nasza wykazała, że dobrze zorganizowany system opieki geriatrycznej oraz adekwatna wycena świadczeń są korzystniejsze dla pacjenta i tańsze dla płatnika – przepraszam, bo tego nie podkreśliłem. Pacjent, który jest leczony na oddziale geriatrycznym, jego powrotność do szpitala, przepraszam za określenie, jest znacząco niższa i w układzie dłuższym. Bo mówiliśmy o kosztach. Ale z punktu widzenia pacjenta, przepraszam za określenie, to leczenie jest skuteczniejsze w takim sensie, że opieka geriatryczna powoduje, że on w tym czasie – w próbie, którą badaliśmy – po wyjściu ze szpitala rzadziej ponownie do niego trafia, stan jego zdrowia nie wymaga hospitalizacji, czyli opieki na poziomie szpitala.

Wskazujemy, że rzetelna analiza potrzeb w tym obszarze leży w gestii zarówno organizatora systemu, jak i płatnika świadczeń i powinna w krótkim czasie wskazać regiony szczególnego deficytu opieki geriatrycznej, a wycena świadczeń geriatrii powinna być tak skonstruowana, by warunki finansowa umożliwiały utworzenie nowych placówek geriatrycznych.

Organizatorzy systemu opieki geriatrycznej dla osób w wieku podeszłym, z uwagi na specyfikę tej grupy pacjentów, winni również zadbać o właściwy przekaz informacji dotyczącej opieki medycznej dla osób starszych. Spotykaliśmy się w toku naszej kontroli często z brakiem zrozumienia w społeczeństwie idei i racji tworzenia systemu opieki geriatrycznej, która również stanowi pewne ograniczenie skorzystania z tego systemu. Jest takie poczucie wśród osób w wieku podeszłym, że pójście do lekarza geriatry to już

taka ostateczność. I tu już mówimy o pewnych postawach, które, uważamy, są niekorzystne dla samych pacjentów. Bo okazuje się, że ten sposób leczenia (już pomijam względy organizacyjno-finansowe) – pokazaliśmy to w tym badaniu – jest, w naszej ocenie, po prostu rozwiązaniem praktyczniejszym z punktu widzenia płatnika, ale ono jest lepsze i z punktu widzenia pacjenta. I tu dziękuję panu przewodniczącemu, bo takie spotkanie jak to dzisiejsze to również niepowtarzalna szansa, żeby mówić bardzo wyraźnie, żeby ten przekaz trafiał nie tylko do osób w wieku podeszłym, ale także do dzieci, wnuków, które często przecież sprawują opiekę nad osobami w wieku podeszłym, że korzystanie z opieki lekarza geriatry to nie wstyd, to pewne dobre rozwiązanie z punktu widzenia tego pacjenta i osób dla niego najbliższych.

Może na samo zakończenie jeszcze bym państwu przekazał, że ten koszt pobytu na oddziale geriatrycznym i na oddziale chorób wewnętrznych, jeżeli oczywiście badaliśmy sam pobyt w takim samym odcinku czasu, to oczywiście pobyt na oddziale geriatrycznym, według tej naszej analizy, był o 300 zł wyższy od kosztów pobytu porównywalnego pacjenta na oddziale chorób wewnętrznych. Ale jeżeli później wzięło się analizę dłuższą, czyli przebadało te same grupy pacjentów w kontekście potrzeb ich opieki zdrowotnej po pobycie w szpitalu, jak wcześniej mówiłem, potrzeby np. powrotności do hospitalizacji, to już się okazywało, że w ciut dłuższej perspektywie czasowej oczywiście korzystanie z tej opieki na oddziałach geriatrycznych było tańsze także poprzez to, że taki pacjent później nie wymagał w dłuższym okresie czasu hospitalizacji, niż po pobycie na oddziale chorób wewnętrznych i w związku tym koszt leczenia był mniejszy.

Podsumowując, taki ogólny wniosek płynący z naszej kontroli, taki wniosek systemowy: bardzo mocno podkreślamy, że organizacja systemu opieki zdrowotnej w kontekście oddziałów geriatrycznych, specjalistów lekarzy geriatrów jest absolutnie tym kierunkiem, który rekomendujemy z punktu widzenia interesów pacjenta, pacjenta w wieku podeszłym, jak i z punktu widzenia oczywiście organizatorów systemu opieki zdrowotnej na poziomie instytucji państwowych.

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz podkreślam – doceniamy te wysiłki, które widzieliśmy w ministerstwie i w NFZ także w trakcie naszej kontroli; zauważają państwo wagę tego problemu i przejawiają chęć wprowadzania w przyszłości zmian idących naprzeciw wnioskom płynącym z kontroli.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu prezesowi za kompleksowe przedstawienie tematu opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, a szczególnie za zwrócenie uwagi na kwestie dostępności, jakości, ale też efektywności finansowania; to jest rzecz, o której warto rozmawiać i dyskutować, i kreować niezbędne rekomendacje.

Ja też chciałbym przypomnieć, że w ciekawej publikacji, którą wydał Instytut Ochrony Zdrowia – „Zdrowie priorytetem politycznym państwa. Analiza i rekomendacje" przeczytałem, że wszystkie tego typu rekomendacje należy odnosić do pewnej perspektywy czasowej, która jest przed nami. W raporcie Instytutu Ochrony Zdrowia jest napisane, iż dla prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej niezbędna jest długookresowa, horyzontalna strategia, która wykracza swoją perspektywą poza jedną, a nawet dwie kadencje parlamentu, realizowana konsekwentnie i z determinacją przez kolejne rządy. I tak też traktujemy te rekomendacje, nie tylko jako wyzwanie wobec aktualnego rządu, ale też wobec wszystkich kolejnych rządów, które muszą mieć świadomość tego, że ludność Polski starzeje się, że żyjemy coraz dłużej i także koszty leczenia chorób cywilizacyjnych o charakterze przewlekłym są coraz wyższe.

Jeżeli państwo pozwolą, to w tej chwili rozpoczęlibyśmy rundę uwag, pytań ze strony państwa parlamentarzystów i naszych gości, wszystkich uczestników tego spotkania. Mają państwo możliwość zadania pytania czy wyrażenia poglądów w odniesieniu do wystąpień pani minister Marcińskiej w imieniu MPiPS, pani Beaty Małeckiej-Libery w imieniu MZ oraz do pana prezesa Krzysztofa Kwiatkowskiego wraz…

Prezes NIK Krzysztof Kwiatkowski:

Mam gorącą prośbę: ja bym zostawił pana prezesa Uczkiewicza i współpracowników. Uległem, doceniając sympatycznie wagę problemów, namowom pana przewodniczącego,

ale opuściłem konferencję, której jestem współuczestnikiem i dlatego poproszę swoich współpracowników, żeby oni już odpowiadali na pytania, a ja, przepraszając serdecznie, za chwilę państwa opuszczę.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Panie prezesie, bardzo dziękujemy i oczywiście obecność pana wiceprezesa Uczkiewicza też jest dla nas satysfakcjonująca; dziękujemy za osobistą obecność na posiedzeniu Komisji. Jeżeli państwo pozwolą, przed pytaniami państwa parlamentarzystów i gości poprosimy jeszcze o zabranie głosu stałego doradcę Komisji, pana profesora Bolesława Samolińskiego.

Stały doradca Komisji prof. dr. hab. Bolesław Samoliński:

Dziękuję, panie przewodniczący. Przede wszystkim chciałem pogratulować wychodzącemu teraz panu prezesowi. Kompetencje NIK w tym raporcie zostały znakomicie wykorzystane i to, co jest powszechnym odczuciem środowiska lekarskiego, w jaki sposób można byłoby zbudować racjonalny system opieki nad osobą w wieku podeszłym z punktu widzenia potrzeb ochrony zdrowia i potrzeb środowiska seniorów, zostało w tym raporcie bardzo dobrze przeanalizowane i ujęte. Mamy od dłuższego czasu głębokie przekonanie, że właśnie tą ścieżką należałoby iść, czyli racjonalizacji usług w zakresie opieki nad seniorem, polegającej na tym, aby zbudować system opieki geriatrycznej niekoniecznie oparty na tym, żebyśmy mieli nadmiar oddziałów geriatrycznych, tylko raczej kompetentną opiekę. Pamiętam, że w związku z tym, iż mamy niewielu jeszcze w dalszym ciągu geriatrów, nie jesteśmy w stanie zbudować całej kompleksowej opieki geriatrycznej w systemie szpitalnym, co stanowi bardzo istotny problem natury organizacyjnej. Propozycja była taka, aby konsultacje geriatryczne zastąpiły oddziały internistyczne, czyli hospitalizacja w trybie internistycznym i konsultacja w ramach tej hospitalizacji geriatry. Przy czym oczywiście powstaje wówczas pytanie – czy rozliczamy to z NFZ jako opiekę internistyczną, czy geriatryczną. Zdecydowanie widać z tego raportu, że lepiej byłoby zbudować świadczenie geriatryczne, wykorzystując te szczupłe kadry, i w ten sposób zoptymalizować opiekę z punktu widzenia korzyści dla samego seniora i z punktu widzenia korzyści finansowych.

Chcę powiedzieć, że z tego, co zaprezentował pan prezes, bardzo wyraźnie widać, że cały szereg elementów świetnie koresponduje z tym, o czym mówiła pani minister Małecka-Libera, czyli w Narodowym Programie Zdrowia powinny się znaleźć te elementy, które w raporcie są zawarte. Myślę, że w tej dyskusji, która się będzie toczyła… Pani minister Małecka-Libera, w mojej ocenie, ma głęboką świadomość tego, że sugestie dotyczące okresowej i konsekwentnej kontroli nad seniorem, budowy systemu rehabilitacji, poradnictwa muszą się znaleźć jako forma prewencji profilaktyki dla osób w wieku podeszłym. Tyle w bardzo krótkiej wypowiedzi na temat raportu.

Chcę jeszcze powiedzieć jako przewodniczący również Rady Polityki Senioralnej, że to, o czym mówiła pani minister Marcińska, to się dzieje po prostu. Mamy w tej chwili fantastyczną perspektywę na zbudowanie systemu. Już, z jednej strony, mamy tzw. ASOS-y, czyli aktywizację osób w wieku podeszłym, a z drugiej strony – WIGOR. Oczywiście, to nie wypełnia jeszcze wszystkich potrzeb, które istnieją w zakresie budowania takiego bardzo zróżnicowanego systemu opieki nad osobą w wieku podeszłym – domowe hospitalizacje, domowa opieka to są dalsze elementy. Połączenie w jedną całość opieki zdrowotnej z opieką socjalną i stratyfikacja populacji osób w wieku podeszłym na potrzeby zbudowania i zinstytucjonalizowania tej opieki, która by dawała szanse na to, że, z jednej strony, byśmy budowali opiekę nieco taniej, a z drugiej, zdecydowanie bardziej z ludzką twarzą. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu profesorowi za ten komentarz i za te uwagi.

Może zaczniemy od pani wiceprzewodniczącej, pani profesor Józefy Hrynkiewicz, serię pytań i komentarzy do przedstawionych dokumentów.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie minister, panie prezesie, szanowni państwo. Mam prośbę do pani minister Marcińskiej, aby zechciała się odnieść do raportu NIK z roku 2014 o realizacji zadania zleconego w zakresie organizacji świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, one dotyczą także osób w wieku podeszłym. To jest raport wykonany w końcu ub.r. przez Delegaturę NIK w Poznaniu. Był on prezentowany na posiedzeniu Komisji Administracji i Cyfryzacji wraz z inną częścią raportu, ale prosiłabym, żeby pani minister zechciała się odnieść, bo on bezpośrednio dotyczy tego, o czym pani tutaj mówi i co pani przedstawiała. To jest jedna moja prośba.

Druga jest do pani minister Małeckiej-Libery. Nie podzielam zdania pana prof. Samolińskiego, ale prosiłabym panią minister, żeby pani odniosła się do tych ustaleń, które przedstawiła NIK w swoim raporcie „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”, bo tak czy inaczej, jakkolwiek byśmy projektowali, jakich modeli poszukiwali, to każde wdrażanie tego modelu będzie się musiało odnieść do istniejącego stanu i trzeba by było pokazać, jak z tego stanu, który mamy, który funkcjonuje, który jest po prostu wdrożony i zorganizowany, chciałaby pani dojść do pewnych wzorcowych rozwiązań, w co oczywiście nie wątpię i kiedyś do nich dojdziemy. Ale czy zechciałaby się pani odnieść do tego opisanego stanu i pokazać, jak pani zamierza osiągnąć stan, który pani nam tak pięknie zarysowała? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani przewodniczącej. O głos poprosiła pani poseł Maria Nowak.

Poseł Maria Nowak (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie minister, panie prezesie, szanowni państwo, Wysoka Komisjo. Mam pewne uwagi, ponieważ mówiąc o służbie zdrowia, o opiece zdrowotnej nie można pominąć rehabilitacji czy profilaktyki. Rozumiem, że NIK nie zajmowała się kontrolą profilaktyki, powiedzmy, sanatoryjnej i dlatego moje pytanie kieruję do pani minister zdrowia. Pani minister, bardzo często leczenie sanatoryjne jest pewną kontynuacją leczenia ambulatoryjnego czy nawet leczenia szpitalnego. Ale jest także pewną formą rehabilitacji. Jeżeli jednak czeka się na leczenie sanatoryjne 28 miesięcy, bo taki czas oczekiwania jest w tej chwili w woj. śląskim? Żeby nie opisywać zbyt długo sytuacji, podam bardzo typowy przykład z naszego województwa, woj. śląskiego, ale myślę, że podobnie jest w innych województwach. Osoba 76-letnia, po pierwszym pobycie na oddziale neurologii złożone zostało skierowanie do sanatorium. W międzyczasie, ponieważ oczekuje, drugi raz była w sanatorium. Lekarz mówi, że jest „wyprowadzona” przez leczenie szpitalne i konieczny byłby wyjazd sanatoryjny. Ale niestety, trzeba czekać 28 miesięcy. Po 18 miesiącach na dodatek wszyscy muszą przejść tzw. weryfikację. W woj. śląskim w ub.r. ponad 300 tys. zł wydano tylko na to, żeby wysyłać do lekarzy pisma; kosztują znaczki, kosztuje cała ta dokumentacja. Dowiadywałam się, ponad 300 tys. zł na to wydano. Ta weryfikacja polega na tym, że lekarz pisze, tak, nadal się to należy. Nie wiem, na czym ta weryfikacja ma polegać, czy na sprawdzeniu, że ten ktoś nie zszedł z tego świata, bo po 18 miesiącach na pewno mu się stan zdrowia nie poprawił, jeżeli tyle czasu czeka na, powtarzam, bardzo często kontynuację leczenia. Tak się często zdarza.

Pani minister, to, o czym dzisiaj mówimy, to są sprawy bardzo ważne, palące. Widzimy, że wiele jest tu niedoskonałości, ale nie możemy zupełnie pozostawić tych starszych ludzi. Daję przykład pani, która w tym miesiącu kończy 76 lat. I nie ma szansy, żeby przyspieszyć wyjazd, bo czeka dopiero od kwietnia ub.r. Więc proszę popatrzeć, jak ona jeszcze długo musi czekać, zanim minie tych 28 miesięcy. Co w tym zakresie można zrobić, bo na pewno poprawiłby stan zdrowia naszych seniorów taki pobyt, zmiana środowiska, kontynuacja zabiegów po leczeniu szpitalnym i ambulatoryjnym? Myślę, że pani minister nie muszę o tym przekonywać, bo jako lekarz doskonale zdaje sobie z tego sprawę. Co w tej sprawie robi ministerstwo, aby ta sytuacja znacząco się poprawiła? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani poseł za pytanie. Pan poseł Tomaszewski, bardzo proszę.

Poseł Tadeusz Tomaszewski (SLD):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, trzy krótkie pytania. Pani minister pracy i polityki społecznej przedstawiła programy wspierające seniorów, ich aktywność. Jednym z nich jest program WIGOR, który będzie wdrażany w tym roku. Chciałem zapytać, czy w tym roku, biorąc pod uwagę ilość środków finansowych, ten program będzie adresowany… to znaczy, czy w tym konkursie będą mogły wziąć udział wszystkie jednostki samorządu terytorialnego, czy te, które mają niższe dochody w przeliczeniu na jednego mieszkańca i wysoki procent osób powyżej 60. roku życia i kiedy będzie ogłoszony nabór do tego programu?

Drugie pytanie do ministra zdrowia w kontekście wypowiedzi pana prezesa NIK i tego raportu. Uderza to ogromne zróżnicowanie jeśli chodzi o nakłady związane z leczeniem geriatrycznym, występuje tam kilka tysięcy procent. Czy właśnie ze względu na miejsce zamieszkania w dalszym ciągu ma być tak olbrzymie zróżnicowanie dostępu do opieki geriatrycznej? I ten przykład z woj. warmińsko-mazurskiego, gdzie nie było żadnego lekarza, żadnej poradni i żadnego oddziału szpitalnego, potwierdza, że mamy bardzo nierówny dostęp do opieki geriatrycznej, można powiedzieć, że to jest łamanie konstytucyjnej zasady równego dostępu do opieki zdrowotnej. Jak ministerstwo wspólnie z NFZ zamierza tę sytuację i w jaki sposób ewentualnie zmienić? Czy już udało się tę dostępność chociażby w tym województwie oczywiście poprawić?

Trzecia kwestia dotyczy faktu, że Komisja Polityki Społecznej i Rodziny przyjęła jako projekt komisyjny nowelizację ustawy o pomocy społecznej, która przewiduje od przyszłego roku m.in. podwyższenie dotacji na uczestnika środowiskowego domu samopomocy i z czasem wprowadzenie również zasady, że nie będzie tego zróżnicowania wojewódzkiego, które w tej chwili jest dość duże. Czy wobec powyższego w pracach nad projektem budżetu państwa MPiPS uwzględnia ten fakt i przygotowuje środki dla wojewodów w stosownym paragrafie na ten cel? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu posłowi. I jeszcze pytanie uzupełniające pani prof. Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pytanie do pani minister Małeckiej-Libery o postępy w organizacji instytutu geriatrii przy ul. Spartańskiej. Czy zechciałaby pani minister tutaj poinformować Komisję, jak się to toczy? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo, jest teraz możliwość zabrania głosu także przez państwa, sformułowania pytań. Zaraz panią poproszę o zabranie głosu, ale jako pierwsza zgłosiła się pani prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii.

Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Nie wiem, czy państwo mnie słyszą. Właściwie nie mam pytań, tylko chciałabym skomentować system opieki geriatrycznej w Polsce, ponieważ nasz system opieki geriatrycznej jest tak skonstruowany, myślę, że zawsze tak będzie skonstruowany, że rzeczywiście, co zostało podkreślone, nie każda starsza osoba trafia do geriatry i nie każda starsza osoba ma trafić do geriatry. Podstawowym lekarzem, który leczy osobę starszą, jest lekarz rodzinny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. I chcemy, żeby tak było. A w związku z tym powinno być tak, że każdy lekarz, a szerzej patrząc – każdy członek zespołu pracującego w POZ, musi być wyposażony w podstawową wiedzę z zakresu geriatrii. Wyposażamy w nią pielęgniarki i fizjoterapeutów już obecnie, a lekarze kończący studia, jak zwrócono na to uwagę, nie mają programu z geriatrii. Będą mieli w najbliższej przyszłości.

Problemem jednak jest to, że aby kształcić geriatrów, musimy mieć stworzony system kształcenia, a zatem każda kształcąca studentów uczelnia musi mieć jednostkę geriatryczną i zatrudnionych geriatrów po to, żeby uczyć geriatrii. W tej chwili jest to jeden z największych problemów czy jedno z zadań do rozwiązania, ponieważ, zgodnie z tym, że w nowym systemie mamy elementy kształcenia geriatrycznego, należy zadać pytanie, kto i w jaki sposób będzie kształcił przyszłych lekarzy z zakresu geriatrii. Zbieramy w tej

chwili informacje z poszczególnych uczelni po to, żeby na to pytanie odpowiedzieć, żeby rzeczywiście każdy lekarz POZ docelowo w tę podstawową wiedzę z zakresu geriatrii, podobnie jak pielęgniarka i fizjoterapeuta, był wyposażony.

Geriatra jest potrzebny najbardziej niesprawnym pacjentom, czyli tym, którzy mają złożoną, wieloelementową wielochorobowość, taką, która obejmuje zarówno elementy somatyczne, jak i psychiczne. Mamy bardzo długą listę chorób i wtedy zasady postępowania z takimi pacjentami, u których mieszają się różne problemy zdrowotne, są bardzo skomplikowane, ponieważ musimy, zgodnie z tym co podkreślono, decydować, które leki są najważniejsze i które leki muszą pozostać na liście. To jest bardzo ważny element oceny geriatrycznej: rewizja leków i odpowiedź na pytanie, które leki rzeczywiście zostać muszą. A więc tacy pacjenci, czyli najbardziej skomplikowani, można tak powiedzieć, starsi pacjenci, powinni trafić do geriatry i oni też będą przede wszystkim beneficjentami całościowej oceny geriatrycznej. Różnica, niech państwo zauważą, polega na tym między kardiologiem, diabetologiem a geriatrą, że o ile każdy wie, gdzie jest najbliższa poradnia diabetologiczna czy kardiologiczna, to jest problem z najbliższą poradnią geriatryczną, bo tych poradni jest mało. Żeby to zapewnić w ramach systemu, możemy wyobrazić sobie, że potrzebujemy więcej geriatrów.

My, jako środowisko, bardzo zwiększyliśmy kształcenie z geriatrii, stworzyliśmy jesienią 83 nowe miejsca specjalizacyjne, rozszerzając możliwości specjalizacji. Mamy w tej chwili ponad 200 miejsc w Polsce, o czym już mówiłam tutaj wcześniej na którymś spotkaniu. Ale problem jest nadal taki, proszę sobie wyobrazić, że konsultuję w tygodniu co najmniej jedną osobę, która chce otworzyć specjalizację i szukamy miejsca, gdzie może się specjalizować. Okazuje się, że jeśli ktoś ze Szczecina chce się specjalizować i są tam zajęte wszystkie miejsca, to najbliższe miejsca specjalizacyjne są w Bydgoszczy i ta osoba jest skazana na spędzenie roku w Bydgoszczy po to, żeby odbyć wszystkie staże. Więc stworzenie sieci jednostek szkolących jest niezwykle skomplikowane, ponieważ mamy wyszkolonego lekarza, który musi pracować na oddziale i ten oddział musi zyskać akredytację, która zapewnia możliwość szkolenia.

Proszę zwrócić uwagę, bo to jest niezwykle ważne, że deficyt w systemie mimo wszystko nie polega na braku lekarzy, tylko na tym, że jedynie połowa lekarzy ze specjalizacją z geriatrii rzeczywiście pracuje zgodnie ze swoją specjalizacją, czyli żeby system ruszył do przodu i żeby to koło zamachowe zaczęło się kręcić, żebyśmy mieli więcej poradni i więcej oddziałów geriatrycznych, więcej jednostek konsultujących, musimy zmienić system finansowania i zachęcić dyrektorów szpitali do tego, żeby otwierali oddziały geriatryczne. Docelowo widzę to tak, że każdy większy szpital powinien mieć oddział geriatryczny lub pododdział geriatryczny współpracujący z oddziałem internistycznym – to jest niezwykle ważne, żeby rozwój geriatrii nie odbywał się kosztem interny, czyli chorób wewnętrznych – albo, co też jest bardzo ważne – możemy stworzyć system działających mobilnych zespołów geriatrycznych, czyli takich, które w razie potrzeby i w razie zgłoszenia posiadania na jakimkolwiek oddziale starszego pacjenta do konsultacji byłby w stanie podejść na ten oddział i tej konsultacji udzielić. Ważne jest w związku z tym to, żeby przede wszystkim zdać sobie sprawę, że na każdym oddziale ta ocena powinna być wykonana, o czym już wcześniej mówiono, i taką podstawową ocenę w sensie badania przesiewowego pod kątem istniejących problemów może w systemie wykonać wykwalifikowana i przygotowana do tego pielęgniarka, która w zależności od wyniku tego badania przesiewowego zgłosi konieczność konsultacji mobilnemu zespołowi lub nie.

I wreszcie, ostatnia bardzo ważna rzecz, na którą chciałabym zwrócić państwa uwagę, to to, że konsultacja geriatryczna to nie jest konsultacja lekarza geriatry, że tak naprawdę konsultacji udziela zespół geriatryczny jako całość. Zespół geriatryczny obejmuje lekarza, ale też pielęgniarkę, fizjoterapeutę i psychologa i ten zespół powinien działać jako całość. Każdy wchodzący w skład tego zespołu profesjonalista wykonuje element swojej analizy, która potem jest zbierana i wnioskowania z tych badań przesiewowych uczymy geriatrów w ramach specjalizacji. Uczyć będziemy również wszystkich lekarzy kończących studia po to, aby badania przesiewowe mogły być wykonywane na poziomie opieki podstawowej. Jest to niezwykle ważne, ponieważ wszystkie systemy nieco bardziej

rozwinięte niż nasz zwracają uwagę na to, że lekarz geriatra nie zastąpi zespołu geriatrycznego i tak naprawdę jednym z celów czy zadań do rozwiązania w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest właśnie to, żeby nie tylko lekarz udzielał konsultacji, ale żeby udzielał jej cały zespół. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani profesor. I przepraszając jeszcze na chwilkę panią… Pewnie tematyka wystąpienia pana prof. Tomasza Grodzickiego będzie podobna, więc płynnie byśmy przeszli do zabrania głosu przez pana prof. Tomasza Grodzickiego, obecnie dziekana Wydziału Lekarskiego *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego. Bardzo proszę. A później pani i pan dyrektor Bednarski z Instytutu Reumatologii.

Dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego Tomasz Grodzicki:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, państwo ministrowie. Ja powiem króciutko. Przez paręnaście lat pełniłem funkcję specjalisty krajowego i niestety pewnych rozwiązań, które same się nasuwają, nikt z kolejnych ministrów nie chce wysłuchać. Raport NIK, który został przedstawiony tutaj dość ogólnie, ale państwo mają okazję go przeczytać, jest nawet bardziej bolesny od tego, co powiedział pan prezes NIK. Możemy zwiększyć liczbę geriatrów, to nie jest problem. Zrobiliśmy to z lekarzami rodzinnymi dwadzieścia lat temu i udało się to zrobić. Tylko trzeba chcieć. Można dla internistów z wieloletnim doświadczeniem zrobić krótką ścieżkę, nie ma żadnego problemu.

Mitem jest, że lekarzy będzie więcej, bo skróciliśmy okres kształcenia. To jest nieprawda. Lekarzy nie będzie więcej, bo w szkołach medycznych kształcimy określoną liczbę i to się wcale nie zmienia, wręcz przeciwnie. Aktualny system został stworzony w ten sposób, że zablokuje miejsca specjalizacyjne na pięć lat. Miejsc specjalizacyjnych i specjalistów będzie mniej, niezależnie od tego… Bardzo cenię panią minister, ale powiem: no, niestety, ktoś panią minister wprowadził w błąd. Mamy ogromny problem w tej chwili zablokowanych miejsc specjalizacyjnych. I z związku z tym myślę, że warto, żeby wreszcie w MZ ktoś ten raport przeczytał, wyciągnął wnioski i coś zrobił, bo tak naprawdę od wielu lat, na tej sali również, mówimy o tym wszystkim i nic z tego nie wynika. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję za wypowiedź pana profesora. Teraz poproszę panią, z prośbą o przedstawienie się przed zabraniem głosu.

Członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska:

Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Bardzo dziękuję Komisji Polityki Senioralnej za zaproszenie. Rozumiem, że na sali są inni przedstawiciele organizacji pozarządowych. To jest dla nas bardzo ważna sprawa opieka nad osobami w podeszłym wieku. Chciałam się odnieść do tego, co usłyszeliśmy w wypowiedziach ministra zdrowia i ministra pracy oraz pochwalić za bardzo dobrze napisany i krytyczny, i dobrze, że krytyczny, raport NIK.

Jak państwo się domyślają, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera oraz inne organizacje pozarządowe alzheimerowskie działające w Polsce, a jest ich 30, razem tworzymy Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich, które dba o interesy nie tylko osób z chorobą Alzheimera i innymi otępieniami, ale o ich bliskich również, najczęściej osoby starsze, opiekunów, którzy niekoniecznie muszą być chorzy. Cieszą nas wszystkie inicjatywy mogące mieć wpływ na poprawę jakości życia wszystkich Polaków, ale szczególnie oczywiście osób, które są w centrum naszej uwagi. Mam w związku z tym takie dwa postulaty do dalszych działań i przemyśleń obu ministerstw.

Mianowicie chciałabym przypomnieć, że jako Koalicja Alzheimerowska, którą utworzono w 2010 r., przedstawialiśmy na konferencji u pani rzecznik praw obywatelskich projekt założeń polskiego planu alzheimerowskiego. I nadal, mimo założeń, które przed-

stawił fantastycznie działający zespół geriatrów i gerontologów, zwracam tylko na jedną rzecz uwagę. Mówi się: definicja osoby starszej. Tu były nieścisłości. Definicja osoby starszej: według geriatrów czy gerontologów, to osoba powyżej 60. roku życia; według MZ, usłyszałam, może nie dosłyszałam – powyżej 65. roku życia. Proszę państwa, zwracam uwagę, że osoby z chorobą Alzheimera niekoniecznie zapadają na tę chorobę dokładnie po skończeniu 60. roku życia. Są przypadki osób młodszych, rzadziej się zdarzają, oczywiście, ale nie można tak myśleć o tej grupie chorych. Zwracam uwagę, że ta grupa chorych obecnie, dane są szacunkowe, bo w Polsce brak badań epidemiologicznych, to jest kolejna sprawa do załatwienia w naszym kraju. Wiem, że to jest kosztowne, ale trzeba się tym zająć.

Obecnie mówi się, że z chorobą Alzheimera żyje w Polsce, często bez diagnozy, 300 tys. osób, ale w 2050 r., tak jak będziemy obserwowali wydłużenie życia, no, już nie my będziemy to obserwowali, ale wiemy, że będzie wzrost ludzi w podeszłym wieku o 30 proc. społeczeństwa, to w tej grupie będzie trzy razy tyle chorych z chorobą Alzheimera co obecnie. I dlatego apeluję do ministra zdrowia, do Komisji, do wszystkich państwa jako sojuszników, żeby wsparli państwo ideę tworzenia Narodowego Polskiego Planu Alzheimerowskiego. Chcę zaznaczyć, że w 15 krajach UE taki plan istnieje; takie strategie zostały wprowadzone najpierw we Francji. Oczywiście, to są finanse, ale to się opłaca, to się Polsce będzie opłacało. Program jest przygotowany przez naukowców, przez Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie we współpracy z reprezentantami organizacji alzheimerowskich w Polsce. To tyle chciałabym powiedzieć, żeby nie zagadywać państwa. Jeszcze raz dziękuję za zaproszenie.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Ja też bardzo dziękuję pani. Chciałem powiedzieć, że i ja, i prezydium Komisji znamy ten dokument, który powstał, plan alzheimerowski i również wspieramy jego szybkie wejście w życie, doceniamy także wysiłki pani rzecznik praw obywatelskich, że zgromadziła państwa środowisko, środowisko głównie rodzin chorych na alzheimera i inne choroby otępienne. Działania, które miały swój efekt w postaci raportu na temat sytuacji osób chorych na alzheimera, zostały w tej publikacji bardzo wyraźnie sformułowane i mogą stanowić również przedmiot dalszych prac. Dziękuję bardzo.

W tej chwili poproszę o głos pana doktora Piotra Bednarskiego, dyrektora Instytutu Reumatologii. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Instytutu Reumatologii w Warszawie Piotr Bednarski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Chcę powiedzieć, że jestem pod dużym wrażeniem informacji NIK na temat kontroli opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Brakuje mi w tym raporcie pewnych elementów, o których my, ludzie zajmujący się problemami opieki nad osobami starszymi, wiemy, że powstają. O tym wspomniała pani minister Małecka-Libera, czyli o Narodowym Programie Zdrowia, który obejmuje nie tylko problem tworzenia łóżek geriatrycznych i opieki geriatrycznej ukierunkowanej na leczenie osób w wieku podeszłym, ale również szerokie pojęcie gerontologii jako nauki, która zaczyna opiekować się i interesować tymi osobami, które w przyszłości będą wymagały takiej opieki. Są to rozwiązania systemowe.

W tym raporcie brakuje mi jednej rzeczy, o której wspomniała też pani minister, mianowicie, czy potrzebujemy geriatrów w Polsce? Odpowiedź jest oczywista – tak, rzeczywiście tych geriatrów jest za mało. Czy mamy za mało łóżek geriatrycznych i oddziałów geriatrycznych? Tak, odpowiedź jest oczywista, tych oddziałów jest zdecydowanie za mało. Ale czy tak naprawdę opieką nad osobami w wieku podeszłym powinni się zajmować tylko geriatrzy? Bo jeżeli popatrzymy na koszty, raport nie pozostawia na ten temat żadnych wątpliwości: leczenie osoby w wieku podeszłym na wyspecjalizowanym oddziale geriatrycznym jest o wiele tańsze niż na oddziale internistycznym. Ale musimy pamiętać, że w tej chwili osoby starsze są leczone nie tylko przez internistów, o czym wspominała pani konsultant krajowa do spraw geriatrii, ale trafiają również na oddziały specjalistyczne, w tym również zabiegowe.

Według mnie i według, myślę, ludzi, którzy powinni się zająć systemową opieką nad osobami starszymi, powinniśmy ukierunkować się też na kształcenie lekarzy innych

specjalności. Ci lekarze na co dzień zajmują się opieką nad osobami starszymi. Możemy dać przykład pacjentki, która trafia na oddział chirurgii z rakiem piersi i ma 70-75 lat. Oczywiście, oprócz raka piersi, który musimy wyleczyć, ma jeszcze wiele innych chorób, jak cukrzycę, nadciśnienie, chorobę układu krążenia, żylaki kończyn dolnych, wymaga sanacji jamy ustnej. Aby chirurg onkolog mógł wykonać operację, potrzebuje konsultacji anestezjologicznej. Anestezjolog przychodząc i kwalifikując taką pacjentkę do operacji, wypisuje zalecenia do wykonania, oczywiście, przed znieczuleniem, dla bezpieczeństwa samej chorej, dla bezpieczeństwa całego procesu zabiegu: pacjentka zakwalifikowana pod warunkiem ustabilizowania choroby wieńcowej, wyleczenia nadciśnienia, zlikwidowania arytmii, sanacji jamy ustnej. Co ta konsultacja właściwie oznacza? Ona oznacza ni mniej, ni więcej tylko to, że ta pacjentka może umrzeć, ponieważ wiemy, że umrze już z tymi chorobami i nie jesteśmy w stanie do końca takiej pacjentki przygotować, żeby rozpocząć leczenie zasadnicze, czyli leczenie z powodu raka piersi. Dlatego uważam, że niezmiernie ważną rzeczą jest to, żebyśmy zaczęli kształcić lekarzy nie tylko internistów i lekarzy POZ, bo to jest niezwykle istotne i bezdyskusyjne, tak samo jak bezdyskusyjne jest to, że potrzebujemy więcej geriatrów. Ale powinniśmy rozpocząć kształcenie lekarzy, którzy zajmują się na co dzień też tymi pacjentami, bo przecież około 70 proc. pacjentów kardiologicznych, to są pacjenci powyżej 60. roku życia. Tak samo w ortopedii. Na chirurgii wielu pacjentów to osoby w wieku podeszłym. Musimy rozpocząć kształcenie lekarzy anestezjologów, chirurgów, kardiologów, którzy będą potrafili odpowiednio przygotować leczenie w swoich dziedzinach medycznych, których są specjalistami, którzy nie będą się bać leczyć takich pacjentów. Oczywiście, możemy się wspomagać zespołami konsultującymi geriatrycznymi, ale tutaj jest olbrzymia rola… dlatego że jesteśmy w stanie zaoszczędzić olbrzymie środki finansowe. Bo najczęściej wtedy z tych oddziałów specjalistycznych pacjenci są przekazywani na oddział bądź geriatryczny, jeżeli istnieje oczywiście w danym rejonie, bądź, najczęściej, na internę. Tam oprócz tej wielochorobowości, o której tu wielokrotnie wspominano, pacjent jest leczony na choroby, które często ma dodatkowo diagnozowane w czasie tego pobytu. To leczenie jest coraz droższe i się niepotrzebnie przedłuża. Dlatego istnieje konieczność rozważenia pomysłu, że powinniśmy kształcić geriatrów, tworzyć te miejsca geriatryczne, jak pan prof. Grodzicki wspomniał, one są potrzebne. Ile tych miejsc powstanie? Chcielibyśmy, żeby jak najwięcej.

Ale powinniśmy też rozważyć możliwość certyfikowania umiejętności – oczywiście, po opracowaniu pewnego planu szkolenia, opieki nad osobami starszymi – certyfikowania umiejętności lekarzy innych specjalności, specjalistów innych dziedzin medycznych, nie tylko internistów i lekarzy POZ. To odpowie też na potrzeby tych województw, w których geriatrów jest za mało. Pan poseł wspomniał, że są województwa, gdzie geriatrów nie ma wcale, albo jest ich znikoma liczba. Musimy pamiętać, że nie jest przyczyną tylko to, że oni nie mają się gdzie kształcić. Musimy też pamiętać o tym, czy mamy chętnych do kształcenia w zakresie geriatrii. Dlatego odpowiedzią na to może być uczenie lekarzy innych specjalności, żeby opiekowali się prawidłowo osobami starszymi. Oczywiście, nie powinno się poprzestawać tylko na kształceniu lekarzy. Powinniśmy już myśleć o tym, żeby kształcić przyszłych lekarzy, czyli naszych studentów. Opracowanie odpowiedniego programu, włączenie nauki o geriatrii do studiów medycznych wymaga pilnej reakcji. I rzeczywiście powinniśmy zespolić wszystkie siły z rektorami uczelni wyższych kształcących lekarzy, żeby zaczęli wprowadzać do programu nauczania studentów medycyny również geriatrię.

Na te i wiele innych pytań odpowiada też projekt ministra zdrowia, czyli powołanie Narodowego Instytutu Geriatrii. Wiele pojawiało się tutaj pomysłów i propozycji na temat tego, że powinniśmy kształcić coraz więcej lekarzy. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt rozszerzenie działalności Instytutu Reumatologii o działalność z zakresu geriatrii. Powstanie Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, który, z całą odpowiedzialnością chcę powiedzieć, jest w stanie przyjąć te zadania, o których tutaj większość państwa mówiła. Instytut w tej chwili jest gotowy na to, żeby rozpocząć swoją działalność w rozszerzonym zakresie, którą nałożył na instytut minister zdrowia. Mamy zatrudnionych już w tej chwili pięciu geriatrów, w tym samodzielnego pracownika nauki, jesteśmy przygotowani, jeśli chodzi o personel pielęgniarski, kadrę

medyczną, zaplecze diagnostyczne, ale także zaplecze naukowe, ponieważ rolą instytutu będzie nie tylko kształcenie lekarzy geriatrów, tworzenie nowych miejsc geriatrycznych, ale również działania systemowe, które ściśle wiążą się, czy powinny i muszą wiązać się z działalnością jednostki naukowo-badawczej, jaką jest Instytut. Chcę powiedzieć, że w tej chwili jesteśmy przygotowani do rozpoczęcia pełnej rozszerzonej działalności o geriatrię jako Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji i mam nadzieję, że zostaną w większości spełnione oczekiwania naszego społeczeństwa przez działalność tego instytutu, która rozpocznie się w najbliższym czasie. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy, panie dyrektorze. Myślę, że teraz już czas na odpowiedź na pytania sformułowane do pań minister. Może zaczniemy od pani Małgorzaty Marcińskiej w temacie, jak rozumiem, tego raportu, o którym wspomniała pani prof. Hrynkiewicz.

Podsekretarz stanu w MPiPS Małgorzata Marcińska:

Panie przewodniczący, pani przewodnicząca. Jeśli chodzi o pytanie pani przewodniczącej Hrynkiewicz, pozwolę sobie odnieść się na piśmie do przedstawionych w raporcie uwag, ponieważ nie mam tego raportu w dokumentacji i nie jestem w stanie w sposób odpowiedzialny udzielić odpowiedzi. Uprzejmie proszę pozwolić o odpowiedź na piśmie.

W kwestii odpowiedzi na pytanie pana posła Tomaszewskiego, dotyczącego ogłoszenia WIGORA oraz w kwestii dotyczącej beneficjentów, planujemy, iż podejmiemy w zasadzie wszystkie wysiłki, żeby jak najszybciej, być może z końcem przyszłego tygodnia, ogłosić konkurs. Zgodnie z rządowym programem i zapisami regulaminu roboczego, beneficjentami programu są jednostki samorządu terytorialnego, które mają niskie dochody albo niewystarczającą infrastrukturę skierowaną do seniorów, albo wysoką populację seniorów. I właśnie do takich jednostek jest ten program kierowany.

Pan poseł pytał, czy wszystkie jednostki będą mogły… Tak, wszystkie jednostki będą mogły wystartować w konkursie, zależy to wyłącznie od woli tychże jednostek.

I chyba w tej kwestii to byłoby wszystko. Patrzę jeszcze na notatki – tak, tego dotyczyły pytania.

Tak że, jak powiedziałam, prawdopodobnie z końcem przyszłego tygodnia przeprowadzimy wstępne rozeznanie. Wśród jednostek samorządu jest wielu chętnych i będziemy czekać na zgłoszenie ofert. Bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani minister. Wiem, że dzisiaj na Mazowszu odbywa się spotkanie u wojewody poświęcone poinformowaniu jednostek wszystkich szczebli o założeniach i projektowanym konkursie na temat dziennych domów pobytu.

Poproszę teraz panią minister Beatę Małecką-Liberę, sekretarz stanu w MZ. Bardzo proszę, pani minister.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, zanim odpowiem na pytania szczegółowe, chciałabym jeszcze w kilku zdaniach odnieść się do raportu. Chcę powiedzieć przede wszystkim, że wnioski, które z tego raportu wypływają, są dla nas jak najbardziej twórcze. Ja osobiście zapoznałam się z tym raportem bardzo dogłębnie i część, a nawet chyba znakomitą większość wykorzystujemy do opracowywanego Narodowego Programu Zdrowia, tak więc mam nadzieję, że jeżeli spotkamy się jeszcze w następnych latach, być może w innym składzie, to będą państwo mogli już mówić o tym, jak te wnioski zostały rzeczywiście zrealizowane, bo taką strategię chcielibyśmy przyjąć, pisząc właśnie Narodowy Program Zdrowia.

Pan prezes przedstawiając te wnioski zwrócił uwagę na bardzo ważną rzecz, mianowicie – finansowanie. Minister zdrowia ma swój ograniczony budżet, który musi rozdysponować na różnego rodzaju świadczenia zdrowotne, ale oczywiście z całą mocą podkreślam, że świadczenia przeznaczone dla osób starszych będą w najbliższym czasie wymagały nie tylko dużej korekty, ale także zwrócenia bacznej uwagi na ten typ świadczeń zdrowotnych.

Jedną z ważniejszych kwestii, jeżeli mówimy o finansowaniu, jest wycena JPG, czyli Jednorodnych Grup Pacjentów, która akurat w przypadku geriatrii jest przeszkodą. Niewątpliwie jest to temat do dyskusji z NFZ i do wypracowania takiego modelu, w którym rzeczywiście można by pracować na większej liczbie jednostek chorobowych, z którymi zresztą osoby starsze zazwyczaj trafiają do szpitala. Przy okazji finansowania… Pewnie z racji tego, że mamy znacznie starzejące się społeczeństwo i to w szybkim tempie, nie unikniemy również tematu o wiele szerszego związanego z finansowaniem, czy idziemy w kierunku podniesienia składki ubezpieczenia zdrowotnego, czy też może szukamy innych form wsparcia, bo, rzeczywiście, biorąc pod uwagę koszty leczenia chorób przewlekłych i opieki nad osobami starszymi, mamy wszyscy świadomość, że będą one znacznie wzrastały. Dlatego też przygotowywany cały program związany ze zdrowiem publicznym ma w pewnym stopniu również spowodować zmniejszenie czy też zahamowanie występowania chorób przewlekłych, co jest niezmiernie ważne.

Następna kwestia, o którą pytała m.in. pani poseł Hrynkiewicz, to cała strategia – bo tak zrozumiałam pytanie ani poseł – w jaki sposób chcemy ją zbudować. Mamy świadomość, pani poseł również, że ta strategia musi być wieloletnia. Docelowo osiągnięcie tego, czego byśmy się spodziewali, wymaga jednak czasu, nakładów finansowych, organizacji szkolenia kadr. A więc jest to wielowątkowy temat. Niemniej z całą mocą podkreślam, że taką strategię w najbliższym czasie będziemy, czy nawet już zaczęliśmy tworzyć.

Widzimy tutaj problem geriatrów. Mogę tylko przytoczyć kilka liczb, mianowicie w tej chwili mamy 343 specjalistów w dziedzinie geriatrii, w trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest 169 lekarzy. W tym roku rozpoczęto w ramach rezydentury szkolenie 22 nowych młodych lekarzy, przy czym chcę powiedzieć, że te 22 rezydentury to było całe zapotrzebowanie, jakie złożyli wojewodowie w ramach specjalizacji geriatrycznej.

I tutaj pojawia się kolejny temat, który poruszył jeden z posłów, przepraszam, nie pamiętam nazwiska, zróżnicowania w dostępności. Oczywiście, ma pan rację, panie pośle, jest ogromne zróżnicowanie nie tylko w dostępności do opieki geriatrycznej, ale mamy także w ogóle problem w nierównościach w zdrowiu, co również w Narodowym Programie Zdrowia widzimy i próbujemy to w jakiś sposób zniwelować.

Jeżeli chodzi o to zróżnicowanie w dostępności, to oprócz tego, że będziemy musieli szkolić kadry, o czym mówiłam, to poniekąd pewnym rozwiązaniem i pewną pomocą będą tzw. mapy zdrowotne, które również w sposób jednoznaczny określą zapotrzebowanie na różnego rodzaju specjalistów w danym terenie, z tego względu, że regiony między sobą się różnią i jasno będzie można planować i projektować zarówno szkolenie, jak i rozwój różnego rodzaju świadczeń specjalistycznych.

Leczenie sanatoryjne – temat oczywiście myślę, że na zupełnie inną rozmowę, być może nawet na posiedzenie Komisji, co proponuję panu przewodniczącemu, ponieważ jest to temat absolutnie do bardzo głębokiej dyskusji. To, kto i w jaki sposób jest w tej chwili kierowany do leczenia sanatoryjnego, a czego tak naprawdę oczekiwalibyśmy w sytuacji starzejącego się społeczeństwa, to niestety dwa różne tematy. To, że rzeczywiście oczekuje się na ten pobyt i leczenie sanatoryjne, wynika przede wszystkim z liczby tych sanatoriów. Nie chciałabym i nie złożę deklaracji, że będziemy budować nowe sanatoria. Raczej sposób opieki, gwarantujący kompleksową opiekę, począwszy od porad właśnie profilaktycznych, tak jak pani profesor powiedziała, powinien zapewniać lekarz POZ, jak i tę podstawową opiekę poprzez leczenie typowo specjalistyczne, geriatryczne.

Ale także musimy zwrócić uwagę na kolejny element, który wiąże się właśnie z sanatoriami, czyli na rehabilitację. Rehabilitacja, w moim odczuciu, również wymaga dość dużego przemodelowania, co zresztą – wspominałam o projekcie dziennego domu opieki medycznej – ma początek. Czyli widzimy potrzebę różnych form rehabilitacji, wspomagania i usprawniania i aktywizacji osób starszych.

Tak więc to wszystko, proszę państwa, w tej chwili się dzieje. Potrzebujemy niewiele czasu, żeby te programy zakończyć, napisać. Wymagane są tutaj oczywiście doradztwa specjalistyczne, opieramy się na ekspertach, mamy Zespół ds. Geriatrii, mamy Zespół ds. Narodowego Programu Zdrowia, bo to piszą eksperci, a nie urzędnicy czy też wyłącznie osoby pracujące w MZ. Jestem przekonana, że w najbliższych kilku miesiącach wiele wydarzy się w opiece, świadczeniach zdrowotnych skierowanych do osób starszych

i będziemy mogli te wnioski, które wynikają z raportu NIK, skonsumować m.in. właśnie w Narodowym Programie Zdrowia.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące postępów w reorganizacji Instytutu Reumatologii, to pan dyrektor po części odpowiedział na to pytanie. Ja tylko chcę jeszcze dodać, że został złożony projekt rozporządzenia do Rady Ministrów w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii. Wniosek ten został złożony w marcu tego roku. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, pani minister. Szanowni państwo, jeśli państwo pozwolą, to ze względu również na czas przerwalibyśmy teraz tę dyskusję i zamknęli punkty pierwszy i drugi. Jest jeszcze ileś ciekawych tematów, które warto by było poruszyć, ale to też jest jakby wyzwanie przed kolejnymi posiedzeniami naszej Komisji. Myślę tutaj w szczególności o nowelizacji ustawy o pomocy społecznej. Ministerstwo w swoim materiale też wskazuje na konieczność rozszerzenia katalogu świadczeń, które byłyby dostępne też dla osób starszych, niepełnosprawnych, o sąsiedzkie usługi opiekuńcze. To jest temat, który rzeczywiście wart jest naszej dyskusji. Innym elementem, który także by zwiększał krąg osób mogących stać się beneficjentami różnych działań interwencyjnych, byłaby w przypadku osób starszych i niepełnosprawnych taka sytuacja, by kryterium dochodowe było wyliczane z wyłączeniem dodatku pielęgnacyjnego lub zasiłku pielęgnacyjnego, co spowodowałoby, że świadczenia pieniężne dla tych osób będą wyższe od dotychczas przyznawanych. Wydaje się, że ten zarysowany w materiale MPiPS kierunek prac jest dla nas bardzo interesujący.

Pan poseł Tomaszewski poruszył również temat środowiskowych domów samopomocy, które też chcielibyśmy uczynić tematem osobnego posiedzenia Komisji.

Szanowni państwo, jeśli chodzi o najbliższe posiedzenie Komisji, ono się odbędzie 26 maja, prawdopodobnie o godzinie dziesiątej i będzie poświęcone też tematom, które są powiązane z dzisiejszym posiedzeniem Komisji, mianowicie będą to wielkie zespoły geriatryczne, czyli jakby kontynuowanie tematu, który rozpoczęliśmy już jakiś czas temu, ale także rola badań klinicznych w profilaktyce zdrowotnej osób w starszym wieku. Temat nowy, ale także powiązany z tym, że w maju obchodzony jest na całym świecie Światowy Dzień Badań Klinicznych i być może te badania kliniczne też w jakiś sposób zapewniają lepszą profilaktykę, lepszą troskę o zdrowie poprzez badania przesiewowe wśród osób starszych. Ten temat chcemy też państwem przedyskutować.

Zamykam pierwszy punkt, zamykam drugi punkt i przystępujemy do trzeciego punktu. To będzie punkt bardzo krótki, więc bardzo proszę o pozostanie. Wpłynęło zgłoszenie pani przewodniczącej Hrynkiewicz dotyczące wniosków o przeprowadzenie kontroli NIK w 2016 r. Zaraz albo ja, albo pani profesor osobiście o nich poinformuje. Moje tematy, które chciałbym zaproponować, w jakiejś mierze są powiązane z tym, co zaproponowała pani profesor. Temat, który chciałbym zgłosić, to zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych. Kolejny temat to byłoby wsparcie aktywności zawodowej osób 50+. Dokładnie w roku 2016 będzie rocznica uchwalenia ustawy o odwróconej hipotece. To jest też temat, który jest w kręgu zainteresowań naszej Komisji, czyli realizacja ustawy o odwróconej hipotece. Ale chciałbym także zaproponować temat, który dzisiaj poruszyło środowisko rodzin osób chorych na alzheimera: opiekę nad chorym na chorobę Alzheimera i inne choroby otępienne oraz system wsparcia dla rodzin. Chciałbym, żeby ten temat stał się przedmiotem kontroli NIK w roku 2016.

Propozycje pani profesor. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Z mojej wiedzy i obserwacji wynika, że NIK powinna zbadać funkcjonowanie przepisu w ustawie o pomocy społecznej, który pochodzi z roku 2004, a dotyczy finansowania pobytu pensjonariuszy w domach pomocy społecznej. To finansowanie prowadzi do tego, że domy pomocy społecznej zaczynają świecić pustkami, ponieważ opłatę przeniesiono na rodzinę, następnie na gminę, pensjonariusza, rodzinę. To powoduje, przy obniżających się świadczeniach, przy obniżających się dochodach wielu rodzin, co ma bardzo złożone powody, że domy pomocy społecznej stają się po prostu niedostępne. Dlatego też trzeba ten problem, moim zdaniem, zbadać przez

zewnętrzną instytucję kontrolną, która pokazałaby, czy te działania są uzasadnione. To wiąże się także z tym, o czym pani minister Marcińska pisze w swoim przedłożeniu na dzisiejsze posiedzenie Komisji – z możliwością pozyskiwania przez osoby starsze – utrzymujące się ze świadczeń społecznych, renty, emerytury – różnego rodzaju usług opiekuńczych z wolnego rynku. One są po prostu wtedy niedostępne. To jest bardzo trudny problem, od którego wszyscy chętnie uciekają. Ale liczę na dzielność NIK w tym zakresie.

Druga moja propozycja dotyczy nadzoru administracji publicznej nad funkcjonowaniem i warunkami opieki w publicznych i prywatnych domach opieki. To jest bardzo trudny problem. To jest problem, który, moim zdaniem, od czasu do czasu odważają się pokazać media, ale on jest bardzo ważny, głęboki i wymagający naprawdę bardzo zdecydowanego działania tak ze strony rzecznika praw obywatelskich, który tutaj jest bezradny, może nawet prokuratury, może innych instytucji, np. rzecznika praw pacjenta i tak dalej. To jest niezwykle złożony i trudny problem. Ja o nim Rządowej Radzie Ludnościowej mówię przynajmniej od 2002 roku.

I trzecia moja propozycja dotyczy oceny dostępności pozarodzinnych usług opieki dla osób starych w środowiskach lokalnych. To wcale nie jest tak, jak nam się wydaje, że one są dostępne. W związku z ogromną emigracją, w związku z coraz bardziej jednorodną populacją w różnych środowiskach te pozarodzinne usługi opieki wcale nie są tak bardzo dostępne, jak my sobie wyobrażamy, że są one w zasięgu ręki, o czym też pani minister Marcińska pisze. Moim zdaniem, to wymaga bardzo dokładnej, bardzo porządnej analizy i zastanowienia się, jak ten problem rozwiązać. Z naszych badań, które robiliśmy na uniwersytecie, wynika, że w tym zakresie jest po prostu niedobrze.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Pan prezes, bardzo proszę.

Zastępca prezesa NIK Jacek Uczkiewicz:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, pani przewodnicząca. W sprawie tych wniosków o przeprowadzenie kontroli oczywiście uchwała Komisji jest dla NIK wiążąca; w tym zakresie sprawa jest jasna. Ale właśnie dlatego chciałbym zaproponować, po pierwsze, żebyśmy mieli możliwość ustosunkowania się, może nawet w trybie roboczym, do tych wniosków przed ostatecznym ich sformułowaniem. Z dwóch powodów. Po pierwsze, dlatego, że część kontroli w zakresach, które tutaj zostały zarysowane, już prowadzimy – przykładowo, dostępność opieki w domach opieki społecznej, którą w tej chwili właśnie prowadzimy. Ale nie wiadomo, czy zakres tej kontroli pokrywa się z intencjami pani profesor. Dlatego warto by się nad tym zastanowić.

Niedawno skończyliśmy kontrolę zatrudniania osób w wieku powyżej 50 lat. A również planujemy na przyszły rok kontrolę w zakresie właśnie opieki sanatoryjnej i rehabilitacyjnej, lecznictwa sanatoryjnego i rehabilitacyjnego i zapewne ona zostanie umieszczona w planie pracy.

Ponieważ plan pracy NIK będzie ostatecznie uchwalany we wrześniu tego roku, mamy czas, żeby precyzyjnie sformułować to, co będzie dla NIK obligatoryjne.

Dlatego taka prośba, panie przewodniczący, żebyśmy mieli możliwość doprecyzowania tych zakresów, żebyśmy mogli jak najlepiej wykonać swoje obowiązki względem parlamentu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Po konsultacji z panią przewodniczącą byśmy przedstawili wstępnie tych siedem tematów do przewodniczącego Komisji, którym jest pan Mariusz Błaszczak, jako tematy, które będziemy dalej dyskutować z państwem jako NIK i uszczegóławiać je, ewentualnie rezygnować z części ze względu na już prowadzone kontrole. Jeżeli pan prezes wyrazi zgodę, a nie będę słyszał głosów sprzeciwu wśród posłów naszej Komisji, to tych siedem tematów byśmy zaakceptowali, jednak z taką uwagą, zastrzeżeniem, że będzie to dalej przedmiot dialogu między Komisją a NIK w zakresie uszczegółowienia. Dobrze?

Zastępca prezesa NIK Jacek Uczkiewicz:

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Czy są jakieś inne propozycje ze strony państwa posłów do planu kontroli na rok 2016? Nie ma. W związku z tym stwierdzam, że Komisja jednogłośnie przyjęła tematy kontroli, które zamierzamy przekazać właściwej Komisji sejmowej.

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za spotkanie.

Zamykam posiedzenie.

Informuję, że protokół z posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu i zapraszam na posiedzenie Komisji 26 maja. Dziękuję bardzo.